



NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: Empresa1			
SUCURSAL	NIT	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Sucursal1	12345	ANTIOQUIA	MEDELLIN
SECTOR ECONÓMICO:	DIRECCIÓN:	N° CONTACTO:	N° DE TRAB:
0111	bogota calle 1	2222	2

DATOS DEL TRABAJADOR			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	N° DE IDENTIFICACIÓN
Perez	Greco	Jesus (Suc1) Eduardo	111222333
SEXO		EDAD	EDO CIVIL
Masculino		31	Casado(a)
CCF			
SSS CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA			
AZUL		PUESTO DE TRABAJO	
Área Sucursal1		PT 1 Sucursal1	
¿Qué equipos opera?			
as			
¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique			
as			
Describa que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución			
as			
¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique			
as			
¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique			
as			

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas?	Si	No	¿Porqué?
as		X	as
¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa?	Si	No	¿Porqué?
as	X		as
¿Cuántos días de incapacidad médica?			
as			
¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?			
as			
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD			
as			
EVALUADO POR: Responsable del SG-SST		VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:	
FECHA DE EMISIÓN :	FECHA DE APROBACIÓN:		REPRESENTANTE PATRONAL:
15-09-2017			15-09-2017