

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
|  | <div>SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</div> <div>FORMATO DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRAFICO</div> <div>CODIGO: FR-SST-10 FECHA:15/01/2025 VERSION:002</div> |                 |
| DESCRIPCION SOCIODEMOGRAFICA             |  |                 |
| INFORMACION PERSONAL                     | TIPO IDENTIFICACION (CC, CE, PEP, PPT)   | {{ tipo_id }}   |
|  | NUMERO IDENTIFICACION  | {{ numero_id }} |
|  | NOMBRES Y APELLIDOS  | Juan Pérez      |
|  | FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)   |                 |
|  | EDAD (años)  |                 |
|  | RH   |                 |
|  | GÉNERO (Masculino o Femenino)  |                 |
|  | ESTADO CIVIL (Soltero, Casado, Union Libre, Separado, Viudo)   |                 |
|  | NUMERO DE HIJOS (Menores de edad)  |                 |
|  | ESCOLARIDAD (Primaria, Bachiller, Tecnico, Profesional)  |                 |
|  | LUGAR DE NACIMIENTO (Municipio y Departamento)   |                 |
|  | NACIONALIDAD   |                 |
| INFORMACION DE RESIDENCIA                | DIRECCIÓN RESIDENCIA   |                 |
|  | LUGAR DE RESIDENCIA (Barrio, Municipio y Departamento)   |                 |
|  | ESTRATO SOCIO-ECONOMICO (1,2,3,4,5,6)  |                 |
|  | VIVE EN VIVIENDA (Propia o arrendada)  |                 |
| INFORMACION LABORAL                      | FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA (dd/mm/aaaa)   |                 |
|  | ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA   |                 |
|  | CARGO  | {{ cargo }}     |
|  | ACTIVIDADES QUE REALIZA  |                 |
|  | PROYECTO - OBRA  |                 |
|  | SALARIO  |                 |
|  | TIPO DE CONTRATO   |                 |
|  | FECHA DE INDUCCION   |                 |
|  | FECHA DE REINDUCCION   |                 |
| INFORMACION CURSOS DE TRABAJO EN ALTURAS | FECHA REALIZACION CURSO DE TRABAJO EN ALTURAS  |                 |
|  | FECHA VENCIMIENTO CURSO DE TRABAJO EN ALTURAS  |                 |
| INFORMACION EXAMENES OCUPACIONALES       | FECHA REALIZACION DE EXAMEN OCUPACIONAL  |                 |
|  | FECHA VENCIMIENTO EXAMEN OCUPACIONAL   |                 |
|  | ENFERMEDADES IMPORTANTES   |                 |
|  | RECOMENDACIONES MEDICAS  |                 |
| INFORMACION CONDICIONES DE SALUD         | INGIERE ALCOHOL (Veces por mes)  |                 |
|  | FUMA (Veces por día)   |                 |
|  | CONSUME SUSTANCIAS PSICO-ACTIVAS (Si o No)   |                 |
| INFORMACION SEGURIDAD SOCIAL             | ARL  |                 |
|  | EPS  |                 |
|  | AFP  |                 |
|  | CCF  |                 |
| DATOS DE CONTACTO                        | CORREO   |                 |
|  | TELEFONO   |                 |
|  | NOMBRE CONTACTO (En caso de emergencia)  |                 |
|  | PARENTESCO (Contacto en caso de emergencia)  |                 |
|  | TELEFONO (Contacto)  |                 |
| FIRMA                                    | FIRMA DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES   |                 |