

	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo		
	FORMATO N°:	FT-SST-050	
FORMATO DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD		Fecha:	21/02/2025
		Versión:	01
		Pagina 1 de 1	
FORMATO DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE SALUD			
1. DATOS PERSONALES			
Nombre completo:	BETRIZ HELEN Pabellos Gómez		
Documento de identidad:	C.C # 39'408.029		
Fecha de nacimiento:	28-08-1968		
Edad:	57 AÑOS		
Sexo:	FEMENINO		
Estado civil:	UNIÓN LIBRE		
Teléfono de contacto:	302 585 32 01		
Dirección de residencia:	CARRERA 11 # 183 A 45 (INT) 7		
Nivel educativo:	Bachiller		
2. INFORMACIÓN LABORAL			
Cargo:	Monitora		
Área o departamento:			
Fecha de ingreso a la empresa:			
Tipo de contrato:			
Jornada laboral:			
3. CONDICIONES DE SALUD			
¿Padece alguna enfermedad crónica? (Sí/No). Si es afirmativo, indicar cuál:			
¿Ha sido diagnosticado con alguna condición médica relevante? (Ej.: hipertensión, diabetes, etc.):	Presión arterial		
¿Tiene algún tipo de discapacidad o condición especial? (Sí/No). Especificar:	NO		
¿Toma algún medicamento de forma permanente? (Sí/No). Indicar cuál:	Nifedipino 30 m.g		
¿Ha presentado accidentes laborales en la empresa? (Sí/No). Indicar fecha y tipo de accidente:	NO		
¿Ha presentado incapacidades en el último año? (Sí/No). Indicar número de días y motivo:	NO		
4. HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA			
¿Fuma? (Sí/No). ¿Con qué frecuencia?:	NO		
¿Consume alcohol? (Sí/No). ¿Con qué frecuencia?:	NO		
¿Realiza actividad física regularmente? (Sí/No). ¿Cuántas veces por semana?:	3 VECES EN 12 SEMANAS		
¿Tiene alguna condición de salud relacionada con estrés o salud mental? (Sí/No). Especificar:	NO		
5. FACTORES DE RIESGO LABORAL			

¿Percibe riesgos en su puesto de trabajo? (Sí/No). Indicar cuáles:	<i>EN MI PUESTO DE TRABAJO ESTO UNO EXPUESTO A INCIDENTES</i>
Ergonómicos (mala postura, movimientos repetitivos, carga de peso, etc.)	<i>NINGUNO DE LOS ANTERIORES</i>
Psicosociales (estrés, carga laboral, acoso, etc.)	<i>NINGUNO</i>
Físicos (ruido, iluminación inadecuada, vibraciones, etc.)	<i>NO</i>
Químicos (manejo de sustancias peligrosas, gases, etc.)	<i>NO</i>
Biológicos (exposición a virus, bacterias, etc.)	<i>NO</i>
Otro. ¿Cuáles?	<i>—</i>

6. OBSERVACIONES ADICIONALES (Espacio para comentarios del trabajador sobre su salud o condiciones laborales)

EN SALUD BIEN, CONDICIONES LABORALES BIEN

7. FIRMA Y AUTORIZACIÓN Declaro que la información suministrada es verídica y autorizo su uso para fines de seguridad y salud en el trabajo.

Firma del trabajador: Berniz Rebello

Fecha: 09-04-2025

Firma del encargado de SST: _____

Fecha: _____