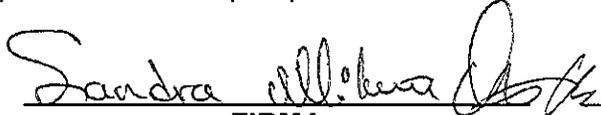


	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		Código	SST-F-003
			Fecha	12/11/2021
	Versión	1	Página 1 de 2	

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cuál queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:


FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

Fecha	25 - NOV - 2022				
INFORMACION DEL TRABAJADOR					
1. Empresa	Curadura 1 Piedecuesta				
2. Turno de trabajo	X días	3. Fecha de Ingreso	1309-2022	4. Tipo Vinculación	a. <input checked="" type="checkbox"/> Directo b. <input type="checkbox"/> Temporal c. <input type="checkbox"/> Contratista
5. Sucursal			6. Centro de trabajo		
7. Tipo de Documento	a. <input checked="" type="checkbox"/> Cédula ciudadanía b. <input type="checkbox"/> Cédula extranjería c. <input type="checkbox"/> Pasaporte	8. Número		28020302.	
9. Nombres	Sandra Milena		10. Apellidos	Torres Pérez.	
11. Fecha de Nacimiento	11-NOV-1979.	12. Sexo	a. <input checked="" type="checkbox"/> FX b. <input type="checkbox"/> M	13. Cargo	Servicio Generales.
14. Tipo de Afiliado	a. <input type="checkbox"/> Dependiente b. <input type="checkbox"/> Independiente	15. ARL	SURA.	16. AFP	
		17. EPS	Salud total		
18. Etnia	a. <input checked="" type="checkbox"/> Blanca b. <input type="checkbox"/> Negra c. <input type="checkbox"/> Mestiza d. <input type="checkbox"/> Oriental e. <input type="checkbox"/> Indígena f. <input type="checkbox"/> Otra				
19. Tipo de Sangre	RH O+				
20. Municipio de Nacimiento	Barranca Bermeja.		21. Departamento de Nacimiento	Santander.	
22. Municipio de Residencia	Piedecuesta.		23. Departamento de Residencia	Santander.	
24. Dirección	calle 20 D. 1w-28				
25. Escolaridad	a. <input type="checkbox"/> Ninguna b. <input type="checkbox"/> Primaria c. <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria	d. <input type="checkbox"/> Técnico e. <input type="checkbox"/> Tecnólogo f. <input type="checkbox"/> Profesional g. <input type="checkbox"/> Postgrado	26. Estado Civil	a. <input checked="" type="checkbox"/> Soltero b. <input type="checkbox"/> Casado c. <input type="checkbox"/> Unión Libre d. <input type="checkbox"/> Separado e. <input type="checkbox"/> Viudo	
27. Contacto de emergencia	315 8509223		Teléfono/Celular	315 8509223	
28. Es Ud. cabeza de Familia:	a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. <input type="checkbox"/> NO	29. Número de Hijos:	30. Otras personas a cargo (Cuántas):	31. Número de personas en el hogar	
		2	— 0 — 11	3	

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:		0	33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		a. SI b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	
34. Ingresos Familiares Mensuales		a. <input checked="" type="checkbox"/> Menor a 1 SMLV b. Entre 1 y 2 SMLV	c. Entre 2 y 3 SMLV d. Entre 3 y 4 SMLV	e. Entre 4 y 5 SMLV f. Más de 5 SMLV		
35. Tipo de vivienda	a. <input checked="" type="checkbox"/> Casa b. Apto c. Otro	36. Característica de la vivienda	a. Propia b. <input checked="" type="checkbox"/> Arrendada c. Familiar d. Otro	37. Zona	a. Rural b. <input checked="" type="checkbox"/> Urbana	
38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo	a. Caminando b. Bicicleta c. <input checked="" type="checkbox"/> Moto	d. Vehículo particular e. Transporte público f. Otro	39. Estrato de servicios públicos		a. 1 b. <input checked="" type="checkbox"/> c. 3 d. 4 e. 5 f. 6	
Cuenta con todos los servicios públicos:	40. Energía eléctrica:		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	44. Gas natural:		
	41. Alcantarillado:		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	45. Recolección de basura:		
	42. Acueducto:		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	46. Telefonía fija:		
	43. En su hogar hay computador?		a. SI b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	47. Tiene acceso a internet?		
HABITOS						
48. ¿Fuma?	a. SI b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	51. No. Cigarrillos /Día	a. Uno al día b. De 2 a 5 al día c. Más de 5 al día			
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.	a. SI b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	52. Frecuencia	a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente			
50. ¿Consume Alcohol?	a. SI b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	53. Frecuencia / Mes	a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente			
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?	a. SI b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	55. Frecuencia	d. Una vez al mes e. Una vez por semana f. De 2 a 3 veces por semana g. Diariamente			
PREGUNTAS		SI	NO	OBSERVACIONES		
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?			<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?		
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?			<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?		
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?			<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?		
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?			<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?		
ACTIVIDAD	SI	NO	CUALES	ACTIVIDAD	SI	NO
5. ¿Practica algún instrumento musical?		<input checked="" type="checkbox"/>		9. ¿Realiza actividades de albañilería?		<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?	<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Año cargas de resmas.</i>	10. ¿Realiza actividades de agricultura?		<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?		<input checked="" type="checkbox"/>		11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?		<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Realiza alguna otra actividad?		<input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál o cuáles?			



CURADURÍA 1
PIEDRECUSTA
Ingeniero Silvia Comargo

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código SST-F-003

Fecha 12/11/2021

Versión 1

Página 1 de 2

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cual queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:


FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

Fecha	29 SEP 2022						
INFORMACION DEL TRABAJADOR							
1. Empresa	CURADURÍA UNO DE PIEDRECUSTA						
2. Turno de trabajo	DIURNO	3. Fecha de Ingreso		4. Tipo Vinculación	a. Directo b. Temporal <input checked="" type="radio"/> c. Contratista		
5. Sucursal				6. Centro de trabajo			
7. Tipo de Documento	<input checked="" type="radio"/> a. Cédula ciudadanía b. Cédula extranjería c. Pasaporte			8. Número	63'553.493		
9. Nombres	ANA MILENA		10. Apellidos	HINCAPIÉ GONZÁLEZ			
11. Fecha de Nacimiento	28/09/1984	12. Sexo	a. <input checked="" type="radio"/> F b. M	13. Cargo	ABOGADA		
14. Tipo de Afiliado	a. Dependiente <input checked="" type="radio"/> b. Independiente	15. ARL		16. AFP		17. EPS	NUEVA EPS
18. Etnia	a. Blanca b. Negra <input checked="" type="radio"/> c. Mestiza d. Oriental e. Indígena f. Otra						
19. Tipo de Sangre	RH <u>O+</u>						
20. Municipio de Nacimiento	PUERTO WILCHES		21. Departamento de Nacimiento	SANTANDER			
22. Municipio de Residencia	PIEDRECUSTA		23. Departamento de Residencia	SANTANDER			
24. Dirección	CARRETA 4W #17-51 APTO 333 TORRE 9 TERRAZA DE MIRAFLORES						
25. Escolaridad	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria	d. Técnico e. Tecnólogo f. Profesional <input checked="" type="radio"/> g. Postgrado	26. Estado Civil	<input checked="" type="radio"/> a. Soltero b. Casado c. Unión Libre d. Separado e. Viudo			
27. Contacto de emergencia	Catalina Hincapié G. - Hermana		Teléfono/Celular	320 2400723			
28. Es Ud. cabeza de Familia:	29. Número de Hijos:	30. Otras personas a cargo (Cuántas):		31. Número de personas en el hogar			
<input checked="" type="radio"/> SI b. NO		1		3			

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:		33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
34. Ingresos Familiares Mensuales		a. Menor a 1 SMLV b. Entre 1 y 2 SMLV	c. Entre 2 y 3 SMLV d. Entre 3 y 4 SMLV	<input checked="" type="radio"/> Entre 4 y 5 SMLV <input type="radio"/> Más de 5 SMLV					
35. Tipo de vivienda	<input checked="" type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apto <input type="radio"/> Otro	36. Característica de la vivienda	<input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Arrendada <input checked="" type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Otro	37. Zona	<input type="radio"/> Rural <input checked="" type="radio"/> Urbana				
38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo	<input type="radio"/> Caminando <input type="radio"/> Bicicleta <input type="radio"/> Moto	<input checked="" type="radio"/> Vehículo particular <input type="radio"/> Transporte público <input type="radio"/> Otro	39. Estrato de servicios públicos		<input type="radio"/> a. 1 <input type="radio"/> b. 2 <input checked="" type="radio"/> c. 3 <input type="radio"/> d. 4 <input type="radio"/> e. 5 <input type="radio"/> f. 6				
Cuenta con todos los servicios públicos:	40. Energía eléctrica:		<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	44. Gas natural:	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
	41. Alcantarillado:		<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	45. Recolección de basura:	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
	42. Acueducto:		<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	46. Telefonía fija:	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
	43. En su hogar hay computador?		<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	47. Tiene acceso a internet?	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		
HABITOS									
48. ¿Fuma?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	51. No. Cigarrillos /Día	<input type="radio"/> a. Uno al día <input type="radio"/> b. De 2 a 5 al día <input type="radio"/> c. Más de 5 al día	N/A				
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.	<input checked="" type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	52. Frecuencia	<input type="radio"/> a. Una vez al mes <input type="radio"/> b. Una vez por semana <input type="radio"/> c. Diariamente					
50. ¿Consumo Alcohol?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	53. Frecuencia / Mes	<input type="radio"/> a. Una vez al mes <input type="radio"/> b. Una vez por semana <input type="radio"/> c. Diariamente					
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?	<input type="radio"/> SI	<input checked="" type="radio"/> NO	55. Frecuencia	<input type="radio"/> d. Una vez al mes <input type="radio"/> e. Una vez por semana <input type="radio"/> f. De 2 a 3 veces por semana <input type="radio"/> g. Diariamente					
PREGUNTAS			SI	NO	OBSERVACIONES				
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?			X		¿En cuál o cuáles? Hombros y Rodillas.				
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?				X	¿En cuál o cuáles?				
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?				X	¿En cuál o cuáles?				
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?				X	¿En cuál o cuáles?				
ACTIVIDAD		SI	NO	CUALES		ACTIVIDAD		SI	NO
5. ¿Practica algún instrumento musical?			X			9. ¿Realiza actividades de albañilería?			X
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?			X			10. ¿Realiza actividades de agricultura?			X
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?			X			11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?		X	
8. ¿Realiza alguna otra actividad?			X	¿Cuál o cuáles?					



CURADURÍA 1
PIEDRECUESTA
 Ingeniera Silvia Camargo

**ENCUESTA PERFIL
 SOCIODEMOGRÁFICO**

Código SST-F-003

Fecha 12/11/2021

Versión 1

Página 1 de 2

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cual queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:


 FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

Fecha	29/09/22							
INFORMACION DEL TRABAJADOR								
1. Empresa	Silvia Johanna Camargo Gutierrez							
2. Turno de trabajo	Completo	3. Fecha de Ingreso	13/09/22	4. Tipo Vinculación	a. Directo b. Temporal c. Contratista			
5. Sucursal				6. Centro de trabajo				
7. Tipo de Documento	<input checked="" type="radio"/> Cédula ciudadanía <input type="radio"/> Cédula extranjería <input type="radio"/> Pasaporte			8. Número	37620739			
9. Nombres	Jenny Carolina			10. Apellidos	Suarez Montañez			
11. Fecha de Nacimiento	11/09/85	12. Sexo	a. <input checked="" type="radio"/> F b. <input type="radio"/> M	13. Cargo	Secretaria Aux. Contable			
14. Tipo de Afiliado	<input checked="" type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> Independiente		15. ARL	Sura	16. AFP	Proteccion	17. EPS	Salud Total
18. Etnia	a. Blanca b. Negra c. Mestiza d. Oriental e. Indígena f. Otra							
19. Tipo de Sangre	RH <u>I</u>							
20. Municipio de Nacimiento	Piedrecuesta			21. Departamento de Nacimiento	Santander			
22. Municipio de Residencia	Piedrecuesta			23. Departamento de Residencia	Santander			
24. Dirección	M7 o casa 233							
25. Escolaridad	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria			d. Técnico <input checked="" type="radio"/> e. Tecnólogo f. Profesional g. Postgrado		26. Estado Civil	a. Soltero b. Casado <input checked="" type="radio"/> c. Unión Libre d. Separado e. Viudo	
27. Contacto de emergencia	3243904709			Teléfono/Celular		3156698873		
28. Es Ud. cabeza de Familia:	29. Número de Hijos:		30. Otras personas a cargo (Cuántas):		31. Número de personas en el hogar			
a. SI b. NO	2				4			



ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código SST-F-003

Fecha 12/11/2021

Versión 1

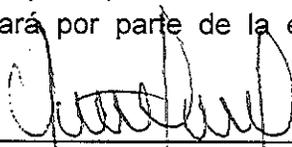
Página 2 de 2

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:				33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		<input checked="" type="radio"/> a. SI <input type="radio"/> b. NO			
34. Ingresos Familiares Mensuales		<input type="radio"/> a. Menor a 1 SMLV <input checked="" type="radio"/> b. Entre 1 y 2 SMLV		<input type="radio"/> c. Entre 2 y 3 SMLV <input type="radio"/> d. Entre 3 y 4 SMLV		<input type="radio"/> e. Entre 4 y 5 SMLV <input type="radio"/> f. Más de 5 SMLV			
35. Tipo de vivienda		<input checked="" type="radio"/> a. Casa <input type="radio"/> b. Apto <input type="radio"/> c. Otro		36. Característica de la vivienda		<input type="radio"/> a. Propia <input checked="" type="radio"/> b. Arrendada <input type="radio"/> c. Familiar <input type="radio"/> d. Otro			
37. Zona		<input checked="" type="radio"/> a. Rural <input type="radio"/> b. Urbana		38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo		<input checked="" type="radio"/> a. Caminando <input type="radio"/> b. Bicicleta <input type="radio"/> c. Moto <input type="radio"/> d. Vehículo particular <input type="radio"/> e. Transporte público <input type="radio"/> f. Otro			
39. Estrato de servicios públicos		<input type="radio"/> a. 1 <input type="radio"/> b. 2 <input checked="" type="radio"/> c. 3 <input type="radio"/> d. 4 <input type="radio"/> e. 5 <input type="radio"/> f. 6		40. Energía eléctrica: <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="radio"/> a. SI <input type="radio"/> b. NO			
Cuenta con todos los servicios públicos:		41. Alcantarillado:		<input checked="" type="radio"/> a. SI <input type="radio"/> b. NO		44. Gas natural:			
		42. Acueducto:		<input checked="" type="radio"/> a. SI <input type="radio"/> b. NO		45. Recolección de basura:			
		43. En su hogar hay computador?		<input checked="" type="radio"/> a. SI <input type="radio"/> b. NO		46. Telefonía fija:			
		47. Tiene acceso a internet?		<input checked="" type="radio"/> a. SI <input type="radio"/> b. NO		47. Tiene acceso a internet?			
HABITOS									
48. ¿Fuma?		<input type="radio"/> a. SI <input checked="" type="radio"/> b. NO		51. No. Cigarrillos /Día		<input type="radio"/> a. Uno al día <input type="radio"/> b. De 2 a 5 al día <input type="radio"/> c. Más de 5 al día			
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.		<input type="radio"/> a. SI <input checked="" type="radio"/> b. NO		52. Frecuencia		<input type="radio"/> a. Una vez al mes <input type="radio"/> b. Una vez por semana <input type="radio"/> c. Diariamente			
50. ¿Consume Alcohol?		<input type="radio"/> a. SI <input checked="" type="radio"/> b. NO		53. Frecuencia / Mes		<input type="radio"/> a. Una vez al mes <input type="radio"/> b. Una vez por semana <input type="radio"/> c. Diariamente			
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?		<input type="radio"/> a. SI <input checked="" type="radio"/> b. NO		55. Frecuencia		<input type="radio"/> d. Una vez al mes <input type="radio"/> e. Una vez por semana <input type="radio"/> f. De 2 a 3 veces por semana <input type="radio"/> g. Diariamente			
PREGUNTAS				SI	NO	OBSERVACIONES			
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?					<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?			
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?					<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?			
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?					<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?			
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?				SI.		¿En cuál o cuáles? Dolor-			
ACTIVIDAD		SI	NO	CUALES		ACTIVIDAD		SI	NO
5. ¿Practica algún instrumento musical?			<input checked="" type="checkbox"/>			9. ¿Realiza actividades de albañilería?			<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?			<input checked="" type="checkbox"/>			10. ¿Realiza actividades de agricultura?			<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?			<input checked="" type="checkbox"/>			11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?			<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Realiza alguna otra actividad?			A	¿Cuál o cuáles?					

	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		Código	SST-F-003
			Fecha	12/11/2021
			Versión	1
			Página 1 de 2	

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cuál queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:



 FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

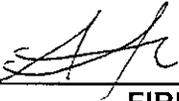
Fecha	INFORMACION DEL TRABAJADOR						
1. Empresa	Curaduría 1 Piedrecuesta						
2. Turno de trabajo	Diurno	3. Fecha de Ingreso	15/12/2021	4. Tipo Vinculación	a. Directo b. Temporal <input checked="" type="checkbox"/> Contrata		
5. Sucursal	Piedrecuesta	6. Centro de trabajo	Oficina				
7. Tipo de Documento	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula ciudadanía b. Cédula extranjera g. Pasaporte	8. Número	1102.359.940				
9. Nombres	Jenny Maria	10. Apellidos	Villamizar Jaime				
11. Fecha de Nacimiento	01/08/1988	12. Sexo	a. <input checked="" type="checkbox"/> F b. M	13. Cargo	Act. Archivo		
14. Tipo de Afiliado	a. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente	15. ARL	Suro	16. AFP	Poo	17. EPS	Sanitas
18. Etnia	a. Blanca b. Negra <input checked="" type="checkbox"/> Mestiza d. Oriental e. Indígena f. Otra						
19. Tipo de Sangre	RH <u>0+</u>						
20. Municipio de Nacimiento	Piedrecuesta	21. Departamento de Nacimiento	Santander				
22. Municipio de Residencia	Piedrecuesta	23. Departamento de Residencia	Santander				
24. Dirección	Carrera WC 8-12						
25. Escolaridad	a. Ninguna b. Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria	d. Técnico e. Tecnólogo f. Profesional g. Postgrado	26. Estado Civil	a. Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado c. Unión Libre d. Separado e. Viudo			
27. Contacto de emergencia	Mra del Carmen Jaime	28. Es Ud. cabeza de Familia:	29. Número de Hijos:	30. Otras personas a cargo (Cuántas):	31. Número de personas en el hogar	Teléfono/Celular	3165020241
a. <input checked="" type="checkbox"/> b. NO	2	2	3				

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:		NO		33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO			
34. Ingresos Familiares Mensuales		a. Menor a 1 SMLV b. Entre 1 y 2 SMLV		c. Entre 2 y 3 SMLV d. Entre 3 y 4 SMLV		e. Entre 4 y 5 SMLV f. Más de 5 SMLV			
35. Tipo de vivienda		<input checked="" type="checkbox"/> a. Casa <input type="checkbox"/> b. Apto <input type="checkbox"/> c. Otro		36. Característica de la vivienda		<input checked="" type="checkbox"/> a. Propia <input type="checkbox"/> b. Arrendada <input type="checkbox"/> c. Familiar <input type="checkbox"/> d. Otro			
37. Zona		<input checked="" type="checkbox"/> a. Rural <input type="checkbox"/> b. Urbana		38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo		a. Caminando b. Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> c. Moto d. Vehículo particular e. Transporte público f. Otro			
39. Estrato de servicios públicos		a. 1 b. 2 <input checked="" type="checkbox"/> c. 3 d. 4 e. 5 f. 6		40. Energía eléctrica:		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO			
41. Alcantarillado:		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO		42. Acueducto:		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO			
43. En su hogar hay computador?		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO		44. Gas natural:		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO			
45. Recolección de basura:		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO		46. Telefonía fija:		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO			
47. Tiene acceso a internet?		<input checked="" type="checkbox"/> a. SI <input type="checkbox"/> b. NO		HABITOS					
48. ¿Fuma?		a. SI <input checked="" type="checkbox"/> b. NO		51. No. Cigarrillos /Día		a. Uno al día b. De 2 a 5 al día c. Más de 5 al día			
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.		a. SI <input checked="" type="checkbox"/> b. NO		52. Frecuencia		a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente			
50. ¿Consume Alcohol?		a. SI <input checked="" type="checkbox"/> b. NO		53. Frecuencia / Mes		a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente			
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?		a. SI <input checked="" type="checkbox"/> b. NO		55. Frecuencia		d. Una vez al mes e. Una vez por semana f. De 2 a 3 veces por semana g. Diariamente			
PREGUNTAS				SI	NO	OBSERVACIONES			
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?				X		¿En cuál o cuáles?			
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?					L	¿En cuál o cuáles?			
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?					J	¿En cuál o cuáles?			
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?					X	¿En cuál o cuáles?			
ACTIVIDAD		SI	NO	CUALES		ACTIVIDAD		SI	NO
5. ¿Practica algún instrumento musical?			X			9. ¿Realiza actividades de albañilería?			X
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?			X			10. ¿Realiza actividades de agricultura?			X
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?			X			11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?			X
8. ¿Realiza alguna otra actividad?			X	¿Cuál o cuáles?					

	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		Código	SST-F-003
			Fecha	12/11/2021
			Versión	1
			Página 1 de 2	

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cuál queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:



FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

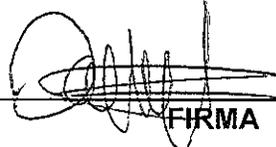
Fecha	29/09/2022				
INFORMACION DEL TRABAJADOR					
1. Empresa	Curaduria 1				
2. Turno de trabajo	Diurno	3. Fecha de Ingreso		4. Tipo Vinculación	a. Directo b. Temporal c. Contratista
5. Sucursal		6. Centro de trabajo			
7. Tipo de Documento	<input checked="" type="radio"/> a. Cédula ciudadanía b. Cédula extranjería c. Pasaporte	8. Número		1102375427	
9. Nombres	Moria Alejandra,		10. Apellidos	Bolañ Borjas	
11. Fecha de Nacimiento	28/09/94	12. Sexo	<input checked="" type="radio"/> a. F b. M	13. Cargo	Arquitecta
14. Tipo de Afiliado	a. Dependiente b. Independiente	15. ARL		16. AFP	17. EPS
18. Etnia	a. Blanca b. Negra <input checked="" type="radio"/> c. Mestiza d. Oriental e. Indígena f. Otra				
19. Tipo de Sangre	RH <u>O+</u>				
20. Municipio de Nacimiento	Piedecuesta		21. Departamento de Nacimiento	Santander	
22. Municipio de Residencia	Piedecuesta		23. Departamento de Residencia	Santander	
24. Dirección	Smart Junin Torre 1 aport 11-05				
25. Escolaridad	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria	d. Técnico e. Tecnólogo f. Profesional g. Postgrado	26. Estado Civil	<input checked="" type="radio"/> a. Soltero b. Casado c. Unión Libre d. Separado e. Viudo	
27. Contacto de emergencia	3176768493		Teléfono/Celular	3176768493	
28. Es Ud. cabeza de Familia:	29. Número de Hijos:	30. Otras personas a cargo (Cuántas):		31. Número de personas en el hogar	
a. SI <input checked="" type="radio"/> b. NO					

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:				33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		a. SI b. NO			
34. Ingresos Familiares Mensuales		a. Menor a 1 SMLV b. Entre 1 y 2 SMLV		c. Entre 2 y 3 SMLV d. Entre 3 y 4 SMLV		e. Entre 4 y 5 SMLV f. Más de 5 SMLV			
35. Tipo de vivienda		a. Casa b. Apto c. Otro		36. Característica de la vivienda		a. Propia b. Arrendada c. Familiar d. Otro			
37. Zona		a. Rural b. Urbana		38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo		a. Caminando b. Bicicleta c. Moto d. Vehículo particular e. Transporte público f. Otro			
39. Estrato de servicios públicos		a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6		40. Energía eléctrica:		a. SI b. NO			
41. Alcantarillado:		a. SI b. NO		42. Acueducto:		a. SI b. NO			
43. En su hogar hay computador?		a. SI b. NO		44. Gas natural:		a. SI b. NO			
45. Recolección de basura:		a. SI b. NO		46. Telefonía fija:		a. SI b. NO			
47. Tiene acceso a internet?		a. SI b. NO		HABITOS					
48. ¿Fuma?		a. SI b. NO		51. No. Cigarrillos /Día		a. Uno al día b. De 2 a 5 al día c. Más de 5 al día			
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.		a. SI b. NO		52. Frecuencia		a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente			
50. ¿Consumo Alcohol?		a. SI b. NO		53. Frecuencia / Mes		a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente			
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?		a. SI b. NO		55. Frecuencia		d. Una vez al mes e. Una vez por semana f. De 2 a 3 veces por semana g. Diariamente			
PREGUNTAS				SI	NO	OBSERVACIONES			
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?						¿En cuál o cuáles?			
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?						¿En cuál o cuáles?			
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?						¿En cuál o cuáles?			
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?						¿En cuál o cuáles?			
ACTIVIDAD		SI	NO	CUALES		ACTIVIDAD		SI	NO
5. ¿Practica algún instrumento musical?						9. ¿Realiza actividades de albañilería?			
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?						10. ¿Realiza actividades de agricultura?			
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?						11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?			
8. ¿Realiza alguna otra actividad?				¿Cuál o cuáles?					

	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		Código	SST-F-003
			Fecha	12/11/2021
			Versión	1
			Página 1 de 2	

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cuál queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:



FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

Fecha		INFORMACION DEL TRABAJADOR							
1. Empresa		SICA Johana Camargo Gomez							
2. Turno de trabajo		3. Fecha de Ingreso		4. Tipo Vinculación		a. Directo b. Temporal c. Contratista			
DIAÑO		01-8-2018		X					
5. Sucursal		6. Centro de trabajo							
7. Tipo de Documento		8. Número		10. Apellidos					
X Cédula ciudadanía b. Cédula extranjería c. Pasaporte		1098695313		N.RO VILLAMAR					
9. Nombres		11. Fecha de Nacimiento		12. Sexo		13. Cargo			
DEYSA COCINO		13-11-1990		a. X b. M		CARACOLA			
14. Tipo de Afiliado		15. ARL		16. AFP		17. EPS			
X Independiente		BOYVA		Ad Pensione		Caja Costal			
18. Etnia		19. Tipo de Sangre							
X Blanca b. Negra c. Mestiza d. Oriental e. Indígena f. Otra		RH <u>OT</u>							
20. Municipio de Nacimiento		21. Departamento de Nacimiento							
Barranquilla		Santander							
22. Municipio de Residencia		23. Departamento de Residencia							
Floridablanca		Santander							
24. Dirección									
Cr 6 No 89-19 Apto 401									
25. Escolaridad		26. Estado Civil							
a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Técnico e. Tecnólogo f. Profesional g. Postgrado		a. Soltero b. Casado c. Unión Libre d. Separado e. Viudo		X					
27. Contacto de emergencia		28. Es Ud. cabeza de Familia:		29. Número de Hijos:		30. Otras personas a cargo (Cuántas):		31. Número de personas en el hogar	
Fergio Tovar		a. SI b. X NO						2	
Teléfono/Celular								3158847239	

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:		NO	33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
34. Ingresos Familiares Mensuales		a. Menor a 1 SMLV b. Entre 1 y 2 SMLV	<input checked="" type="checkbox"/> Entre 2 y 3 SMLV <input type="checkbox"/> Entre 3 y 4 SMLV	e. Entre 4 y 5 SMLV f. Más de 5 SMLV	
35. Tipo de vivienda	a. Casa <input checked="" type="checkbox"/> Apto c. Otro	36. Característica de la vivienda	a. Propia <input checked="" type="checkbox"/> Arrendada c. Familiar d. Otro	37. Zona	a. Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana
38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo	a. Caminando b. Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Moto	d. Vehículo particular e. Transporte público f. Otro	39. Estrato de servicios públicos		a. 1 b. 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 d. 4 e. 5 f. 6
Cuenta con todos los servicios públicos:	40. Energía eléctrica:		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	44. Gas natural:	
	41. Alcantarillado:		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	45. Recolección de basura:	
	42. Acueducto:		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	46. Telefonía fija:	
	43. En su hogar hay computador?		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	47. Tiene acceso a internet?	
HABITOS					
48. ¿Fuma?	a. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	51. No. Cigarrillos /Día		a. Uno al día b. De 2 a 5 al día c. Más de 5 al día	
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.	a. SI b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	52. Frecuencia		a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente	
50. ¿Consume Alcohol?	a. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	53. Frecuencia / Mes		a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente	
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?	a. <input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	55. Frecuencia		d. Una vez al mes e. Una vez por semana f. De 2 a 3 veces por semana <input checked="" type="checkbox"/> Diariamente	
PREGUNTAS			SI	NO	OBSERVACIONES
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?				<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?				<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?				<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?				<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?
ACTIVIDAD	SI	NO	CUALES		ACTIVIDAD
5. ¿Practica algún instrumento musical?		<input checked="" type="checkbox"/>			9. ¿Realiza actividades de albañilería?
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?		<input checked="" type="checkbox"/>			10. ¿Realiza actividades de agricultura?
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?		<input checked="" type="checkbox"/>			11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?
8. ¿Realiza alguna otra actividad?		<input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál o cuáles?		

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cuál queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:



 FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

Fecha	29/9/22							
INFORMACION DEL TRABAJADOR								
1. Empresa	Oficina de Curadora No. 1 de Piedecuesta							
2. Turno de trabajo	diurno	3. Fecha de Ingreso	13/9/22	4. Tipo Vinculación	a. Directo	b. Temporal	<input checked="" type="checkbox"/> Contratista	
5. Sucursal	6. Centro de trabajo							
7. Tipo de Documento	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula ciudadanía b. Cédula extranjería c. Pasaporte	8. Número		37558662				
9. Nombres	María Clara		10. Apellidos		Pardo Cobos			
11. Fecha de Nacimiento	15/04/78	12. Sexo	a. <input checked="" type="checkbox"/> M b. F	13. Cargo				Control de Procesos
14. Tipo de Afiliado	a. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente	15. ARL	<input checked="" type="checkbox"/>	16. AFP	<input checked="" type="checkbox"/>	17. EPS	<input checked="" type="checkbox"/>	
18. Etnia	a. Blanca b. Negra <input checked="" type="checkbox"/> Mestiza d. Oriental e. Indígena f. Otra							
19. Tipo de Sangre	RH <u>O+</u>							
20. Municipio de Nacimiento	Bucaramanga		21. Departamento de Nacimiento		Santander			
22. Municipio de Residencia	Piedecuesta		23. Departamento de Residencia		Santander			
24. Dirección	Km. 7 via Piedecuesta Condominio La Alameda C.4							
25. Escolaridad	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria	d. Técnico e. Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/> Profesional g. Postgrado	26. Estado Civil		<input checked="" type="checkbox"/> Soltero b. Casado c. Unión Libre d. Separado e. Viudo			
27. Contacto de emergencia	María Eugenia Cobos			Teléfono/Celular		3158545855		
28. Es Ud. cabeza de Familia:	29. Número de Hijos:	30. Otras personas a cargo (Cuántas):		31. Número de personas en el hogar				
<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO	1			3				



CURADURÍA P. ENCUESTA
Ingeniero Silvia Camargo

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código SST-F-003

Fecha 12/11/2021

Versión 1

Página 2 de 2

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:		—		33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO										
34. Ingresos Familiares Mensuales		a. Menor a 1 SMLV b. Entre 1 y 2 SMLV		c. Entre 2 y 3 SMLV d. Entre 3 y 4 SMLV		e. Entre 4 y 5 SMLV f. Más de 5 SMLV										
35. Tipo de vivienda		<input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Otro		36. Característica de la vivienda		<input checked="" type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro										
37. Zona		<input checked="" type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbana		38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo		a. Caminando b. Bicicleta c. Moto										
		<input checked="" type="checkbox"/> Vehículo particular <input checked="" type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Otro		39. Estrato de servicios públicos		a. 1 b. 2 c. 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 e. 5 f. 6										
Cuenta con todos los servicios públicos:		40. Energía eléctrica:		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO		44. Gas natural:		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO								
		41. Alcantarillado:		a. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		45. Recolección de basura:		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO								
		42. Acueducto:		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO		46. Telefonía fija:		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO								
		43. En su hogar hay computador?		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO		47. Tiene acceso a internet?		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO								
HABITOS																
48. ¿Fuma?		a. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		51. No. Cigarrillos /Día		a. Uno al día b. De 2 a 5 al día c. Más de 5 al día										
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO		52. Frecuencia		<input checked="" type="checkbox"/> Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente										
50. ¿Consume Alcohol?		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO		53. Frecuencia / Mes		<input checked="" type="checkbox"/> Una vez al mes <input checked="" type="checkbox"/> Una vez por semana c. Diariamente										
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?		<input checked="" type="checkbox"/> SI b. NO		55. Frecuencia		<input checked="" type="checkbox"/> Una vez al mes <input checked="" type="checkbox"/> Una vez por semana <input checked="" type="checkbox"/> De 2 a 3 veces por semana g. Diariamente										
PREGUNTAS				SI		NO		OBSERVACIONES								
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?				X				¿En cuál o cuáles? <i>Hombros y caderas</i>								
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?				X				¿En cuál o cuáles? <i>Hernia discal L5 S1</i>								
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?						X		¿En cuál o cuáles?								
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?						X		¿En cuál o cuáles?								
ACTIVIDAD			SI		NO		CUALES			ACTIVIDAD			SI		NO	
5. ¿Practica algún instrumento musical?					X					9. ¿Realiza actividades de albañilería?					X	
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?					X					10. ¿Realiza actividades de agricultura?					X	
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?					X					11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?			X			
8. ¿Realiza alguna otra actividad?					X		¿Cuál o cuáles?									



CURADURÍA 1
PIEDERCUESTA
Ingeniera Silvia Camargo

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Código SST-F-003

Fecha 12/11/2021

Versión 1

Página 1 de 2

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cual queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:

Laura Bello

FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

Fecha	29 de septiembre 2022						
INFORMACION DEL TRABAJADOR							
1. Empresa	Curadura 1 Piedercuesta						
2. Turno de trabajo	8:00-6:00pm	3. Fecha de Ingreso		4. Tipo Vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Contratista		
5. Sucursal		6. Centro de trabajo					
7. Tipo de Documento	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte			8. Número	1005539053		
9. Nombres	Laura Marcela			10. Apellidos	Bello Oiga?		
11. Fecha de Nacimiento	06/09/1998	12. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	13. Cargo	Auxiliar Administrativo		
14. Tipo de Afiliado	<input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	15. ARL	Sura	16. AFP	Preaviv	17. EPS	Salud Mio
18. Etnia	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Oriental <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Otra						
19. Tipo de Sangre	RH <u>O+</u>						
20. Municipio de Nacimiento	Piedercuesta			21. Departamento de Nacimiento	Santander		
22. Municipio de Residencia	Piedercuesta			23. Departamento de Residencia	Santander		
24. Dirección	Veredas el Laurel finca Monterrey						
25. Escolaridad	<input type="checkbox"/> Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado			26. Estado Civil	<input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		
27. Contacto de emergencia	3167610223			Teléfono/Celular	3175374162		
28. Es Ud. cabeza de Familia:	29. Número de Hijos:	30. Otras personas a cargo (Cuántas):		31. Número de personas en el hogar			
a. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				8			

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:		33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
34. Ingresos Familiares Mensuales		a. Menor a 1 SMLV <input checked="" type="checkbox"/> Entre 1 y 2 SMLV	c. Entre 2 y 3 SMLV d. Entre 3 y 4 SMLV	e. Entre 4 y 5 SMLV f. Más de 5 SMLV					
35. Tipo de vivienda	<input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Otro	36. Característica de la vivienda	a. Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro	37. Zona	<input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana				
38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo	<input checked="" type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Bicieta <input type="checkbox"/> Moto	d. Vehículo particular e. Transporte público f. Otro	39. Estrato de servicios públicos		<input checked="" type="checkbox"/> 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6				
Cuenta con todos los servicios públicos:	40. Energía eléctrica:		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI	b. NO	44. Gas natural:	a. SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		
	41. Alcantarillado:		a. SI	b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	45. Recolección de basura:	a. SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		
	42. Acueducto:		a. SI	b. <input checked="" type="checkbox"/> NO	46. Telefonía fija:	a. SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		
	43. En su hogar hay computador?		a. <input checked="" type="checkbox"/> SI	b. NO	47. Tiene acceso a internet?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	b. NO		
HABITOS									
48. ¿Fuma?	a. SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	51. No. Cigarrillos /Día	a. Uno al día b. De 2 a 5 al día c. Más de 5 al día					
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.	a. SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	52. Frecuencia	a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente					
50. ¿Consume Alcohol?	a. SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	53. Frecuencia / Mes	a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente					
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?	a. SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	55. Frecuencia	d. Una vez al mes e. Una vez por semana f. De 2 a 3 veces por semana g. Diariamente					
PREGUNTAS			SI	NO	OBSERVACIONES				
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?				<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?				
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?				<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?				
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?				<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?				
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?				<input checked="" type="checkbox"/>	¿En cuál o cuáles?				
ACTIVIDAD		SI	NO	CUALES		ACTIVIDAD		SI	NO
5. ¿Practica algún instrumento musical?			<input checked="" type="checkbox"/>			9. ¿Realiza actividades de albañilería?			<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?			<input checked="" type="checkbox"/>			10. ¿Realiza actividades de agricultura?			<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?			<input checked="" type="checkbox"/>			11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?		<input checked="" type="checkbox"/>	
8. ¿Realiza alguna otra actividad?			<input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál o cuáles?					

	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		Código	SST-F-003
			Fecha	12/11/2021
			Versión	1
			Página 1 de 2	

Los datos contenidos en este cuestionario son fuente fundamental para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de nuestra empresa, en el cual queremos dirigir nuestros esfuerzos y recursos de manera eficiente en la prevención de accidentes y enfermedades laborales, a través de la implementación de controles para los riesgos de nuestra operación.

Consentimiento Informado: Acepto participar voluntariamente de este proceso, he comprendido el manejo que se realizará por parte de la empresa de la información aquí consignada:



FIRMA

Marque con una (X) o complete según corresponda:

Fecha	29 de Septiembre de 2022						
INFORMACION DEL TRABAJADOR							
1. Empresa	Curaduría 1 Pideavesta						
2. Turno de trabajo		3. Fecha de Ingreso		4. Tipo Vinculación	a. Directo b. Temporal <input checked="" type="checkbox"/> c. Contratista		
5. Sucursal		6. Centro de trabajo					
7. Tipo de Documento	<input checked="" type="checkbox"/> a. Cédula ciudadanía <input type="checkbox"/> b. Cédula extranjería <input type="checkbox"/> c. Pasaporte	8. Número		1098792591			
9. Nombres	María Fernanda		10. Apellidos	Saavedra Aguilar			
11. Fecha de Nacimiento	31/12/1996	12. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> a. F <input type="checkbox"/> b. M	13. Cargo		Arquitecta	
14. Tipo de Afiliado	<input type="checkbox"/> a. Dependiente <input type="checkbox"/> b. Independiente	15. ARL	Sura	16. AFP	Porvenir	17. EPS	Nueva EPS
18. Etnia	a. Blanca b. Negra c. Mestiza d. Oriental e. Indígena f. Otra						
19. Tipo de Sangre	RH B+						
20. Municipio de Nacimiento	Arauca		21. Departamento de Nacimiento	Arauca			
22. Municipio de Residencia	Pideavesta		23. Departamento de Residencia	Santander			
24. Dirección	c/ll 1# 6-102 Paredo Cataluña						
25. Escolaridad	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria	d. Técnico e. Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/> f. Profesional g. Postgrado	26. Estado Civil		<input checked="" type="checkbox"/> a. Soltero <input type="checkbox"/> b. Casado <input type="checkbox"/> c. Unión Libre <input type="checkbox"/> d. Separado <input type="checkbox"/> e. Viudo		
27. Contacto de emergencia	3133196006		Teléfono/Celular		3004857064		
28. Es Ud. cabeza de Familia:	29. Número de Hijos:	30. Otras personas a cargo (Cuántas):		31. Número de personas en el hogar			
<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	0	1		2			

32. En el hogar, Número de personas en situación de discapacidad:		0		33. Los ingresos alcanzan para cubrir los gastos mínimos:		a. SI b. NO	
34. Ingresos Familiares Mensuales		a. Menor a 1 SMLV b. Entre 1 y 2 SMLV		c. Entre 2 y 3 SMLV d. Entre 3 y 4 SMLV		e. Entre 4 y 5 SMLV f. Más de 5 SMLV	
35. Tipo de vivienda		a. Casa b. Apto c. Otro		36. Característica de la vivienda		a. Propia b. Arrendada c. Familiar d. Otro	
37. Zona		a. Rural b. Urbana		38. Tipo de transporte que utiliza para ir al trabajo		a. Caminando b. Bicicleta c. Moto	
39. Estrato de servicios públicos		a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6		d. Vehículo particular e. Transporte público f. Otro			
Cuenta con todos los servicios públicos:		40. Energía eléctrica:		a. SI b. NO		44. Gas natural:	
		41. Alcantarillado:		a. SI b. NO		45. Recolección de basura:	
		42. Acueducto:		a. SI b. NO		46. Telefonía fija:	
		43. En su hogar hay computador?		a. SI b. NO		47. Tiene acceso a internet?	
HABITOS							
48. ¿Fuma?		a. SI b. NO		51. No. Cigarrillos /Día		a. Uno al día b. De 2 a 5 al día c. Más de 5 al día	
49. Sufre de Gastritis, reflujo Gástrico.		a. SI b. NO		52. Frecuencia		a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente	
50. ¿Consume Alcohol?		a. SI b. NO		53. Frecuencia / Mes		a. Una vez al mes b. Una vez por semana c. Diariamente	
54. ¿Practica algún deporte / ejercicio?		a. SI b. NO		55. Frecuencia		d. Una vez al mes e. Una vez por semana f. De 2 a 3 veces por semana g. Diariamente	
PREGUNTAS				SI		NO	
¿En los últimos 6 meses ha sentido dolor en las articulaciones (hombros, caderas, muñecas, rodillas y codos)?				X		¿En cuál o cuáles?	
¿Cuenta con diagnostico medico con enfermedades (articulaciones, huesos o músculos)?				X		¿En cuál o cuáles? Fibromialgia	
¿En el último año le han realizado algún tipo de terapia física o fisioterapia para el dolor de espalda o manos?				X		¿En cuál o cuáles?	
¿Ha presentado alguna molestia en las manos?						X	
ACTIVIDAD		SI		NO		CUALES	
5. ¿Practica algún instrumento musical?				X		9. ¿Realiza actividades de albañilería?	
6. ¿Realiza actividades que impliquen carga de objetos pesados?				X		10. ¿Realiza actividades de agricultura?	
7. ¿Realiza algún trabajo de carpintería?				X		11. ¿Realiza actividades de digitación o maquina?	
8. ¿Realiza alguna otra actividad?						¿Cuál o cuáles?	