

La **Corporación Autónoma Regional de Nariño**, se preocupa por el bienestar de cada uno de sus funcionarios y contratistas. Por tal motivo, se estableció como prioridad conocer el estado de salud actual de cada uno de sus colaboradores, así como el de su entorno y condiciones particulares de trabajo con el fin de actuar de forma oportuna y establecer medidas de carácter preventivo para que cada trabajador y su entorno laboral sea el mas adecuado. De acuerdo con lo anterior, se agradece diligenciar el presente cuestionario:

1.DATOS GENERALES DEL COLABORADOR

NOMBRES :	APELLIDOS :			
CEDULA :	GENERO :	F	M	
EDAD :	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:				
TELEFONO DE CONTACTO:	CORREO:			
NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA:				

2. DATOS LABORALES

CENTRO AMBIENTAL o SEDE DONDE LABORA :	
----------------------------------------	--

MODALIDAD DE VINCULACIÓN: Marque con una X la opción que corresponda:
 VINCULACIÓN LABORAL_____ CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS_____ TERCERIZADO_____

Nota: Tercerizado corresponde a quien no esta vinculado de manera directa con Corponariño sino a traves de un tercero contratado por la entidad

SI ES CONTRATISTA indique el número y fecha de su contrato:	No.	Fecha	Si es funcionario indique su cargo:	
Si es tercerizado indique el contrato principal al que esta vinculado:	No.	Fecha	Indique si su empleador cuenta con protocolos de bioseguridad propios:	SI_____ NO_____

Relacione resumidamente las labores u obligaciones especificas que cumple en la entidad, conforme a su objeto contractual y obligaciones, compromisos laborales, o labores comprometidas con un tercero, segun corresponda:

¿ las labores y obligaciones pueden ser ejecutadas a traves de trabajo en casa? si____no____porque?_____

¿Su labor contempla salidas de campo?:	Si	No	Si su labor contempla salidas de campo indique los lugares y describa resumidamente en que consite?:
Resumen salidas de campo :			

Medios de transporte para realizar salidas de campo:	
------------------------------------------------------	--

3. CONDICIONES DE SALUD ACTUAL

	SI	NO
1. ¿Tiene diagnosticada alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones?		
Enfermedades cardiovasculares		
Hipertensión arterial		
Enfermedad renal		
Accidente cerebrovascular		
Cáncer (en tratamiento actual o no curado)		
Diabetes		
Enfermedades pulmonares obstructiva crónica - EPOC		
Enfermedades autoinmunes u otras que afecten el sistema inmunológico		
Ninguna		

4. CONDICIONES DE ENTORNO

	SI	NO
1. ¿Convive en su hogar con alguna(s) persona(s) que cuente(n) con diagnóstico de alguna de las patologías mencionadas en la anterior pregunta?		
2. ¿Actualmente se encuentra en estado de embarazo?		
3. ¿Ha tenido contacto con algún caso sospechoso de COVID-19?		
4. ¿Ha tenido contacto con algún caso que haya arrojado COVID-19 positivo?		
5. A la fecha ¿A usted o alguien de su entorno le han aplicado la prueba de COVID 19?		
6. ¿Convive con personas que trabajen en instituciones de salud?		
7. Si la respuesta a la anterior pregunta es afirmativa especifique el lugar donde labora y si las funciones que desempeña son de carácter administrativo o asistencial:		
8. ¿Cuáles de las siguientes modalidades de transporte usa para ir a su lugar de trabajo?		
Servicio público <input type="checkbox"/>	Caminando <input type="checkbox"/>	
Bicicleta <input type="checkbox"/>	Otros ¿Cuál? _____	
Vehículo particular (carro, moto) <input type="checkbox"/>		
9. Cuantas personas con la que comparte cuarentena tiene más de 70 años:		
Ninguna <input type="checkbox"/>		
Una <input type="checkbox"/>		
Dos <input type="checkbox"/>		
Mas de dos <input type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES: Diligencie en el siguiente espacio cualquier circunstancia que deba ser valorada por el equipo del SG-SST:

SUMINISTRO DE DATOS

Yo _____ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No _____ de _____, autorizo de manera libre y voluntaria a CORPONARIÑO para recopilar, utilizar, transferir, almacenar, consultar, procesar, y en general dar tratamiento a la información personal que he suministrado a la entidad, de conformidad con lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y su Decreto Reglamentario No.1377 de 2013, la cual quedará contenida en las bases de datos y archivo de propiedad de la Corporación, para los fines señalados en el Formato SST 004 CONSENTIMIENTO INFORMADO CUESTIONARIO CONDICIONES DE SALUD COVID-19 que he suscrito.

Adicionalmente, me comprometo a:

- Cumplir todas las medidas de autocuidado que establezca CORPONARIÑO para la prevención de COVID 19.
- Cumplir todos los protocolos que defina CORPONARIÑO para la prevención de COVID 19.
- Notificar a CORPONARIÑO oportunamente cualquier síntoma o sospecha asociada al contagio de COVID 19.
- Manifiesto que la anterior información es cierta y refleja fielmente mi situación particular.

Nombre: _____ Firma: _____

Cedula: _____

Espacio para uso exclusivo del equipo de SG-SST. El trabajador se considera de alto riesgo:	SI	NO
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----