

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-036
<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL ESTÁNDAR 7</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 1		

Fecha de realización: \_\_\_\_\_.

ACTIVIDADES Y DOCUMENTOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Se diligencia y actualiza el Formato de medidas de prevención y controles del riesgo. FT-SST-014.			
Se tiene las fichas, hoja de vida, reporte de novedades, técnicas, solicitud de servicio de mantenimiento, orden de mantenimiento, informe mantenimiento de todos los equipos y herramientas de trabajo. FT-SST- 022-027.			
Se cumple a cabalidad el Formato cronograma de inspecciones. FT-SST-18.			
Se realizan las inspecciones de: control de botiquines y elementos de primeros auxilios, control de extintores, inspección locativa, emergencias y se llevan los formatos correspondientes.			
Se verifica el cumplimiento del Procedimiento para la elección, inspección, reposición, uso y cuidado de los EPP. PRC-SST-004			
Se alimenta la Madriz EPP. MAT-SST-003.			
Se diligencia el Formato entrega de dotación de EPP FT-SST-028. Por cada entrega.			

Nombre y apellido de quien hizo la verificación documental: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

Próxima actualización para el mes de: \_\_\_\_\_.

**Nota: se recomienda realizar la verificación de este formato mínimo cada 3 meses.**

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General



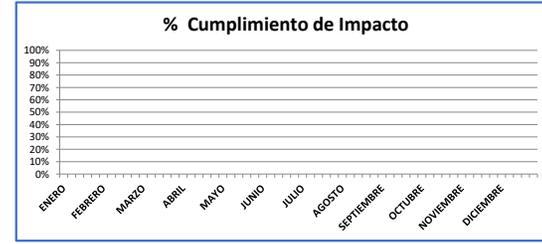
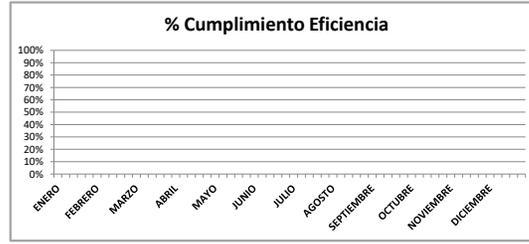


	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		<b>Código:</b>	FT-SST-002
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		<b>Fecha:</b>	20/04/2021
FORMATO CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO			Pagina 1 de 2	

1	PROGRAMADO	1	EJECUTADO	1	REPROGRAMADO	-1	NO REALIZADO
#Cc	No. de trabajadores citados a capacitación	#C	No. de trabajadores capacitados	#Tc	No. De trabajadores evaluados con comprensión ≥ 70%		

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Capacitaciones ejecutadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capacitaciones programadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% Cumplimiento eficacia	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!								
% Cumplimiento Eficiencia	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!								
% Cumplimiento de Impacto	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!	#¡DIV/O!								

**GRÁFICAS DE CONTROL**



Análisis del Indicador:

---



---



---



---



---

ELABORADO: \_\_\_\_\_  
 CARGO: ASESORA SGSST / RESPONSABLE DEL SGSST

Nota: Todas las capacitaciones deben ser evaluadas, las unicas capacitaciones que no se evaluan son las charlas de 5 minutos y las capacitaciones de tipo informativo



GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código: FT-SST-004

Fecha: 20/04/2021

Versión: 001

FORMATO REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SST

Página 1 de 1

INDUCCIÓN

REINDUCCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

FECHA		
DD	MM	AAAA

NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

CEDULA CIUDADANÍA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

ITEM

REALIZADO

SI NO

I. PRESENTACIÓN GENERALIDADES DE LA EMPRESA.

1. COPIA CONTRATO LABORAL		
2. COPIA DE AFILACIONES DEL SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL (ARL- EPS-CAJA COMPESACION Y AFP si aplica)		
3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL		
5. COPIA REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO		
REALIZADA POR:		

II. PRESENTACIÓN SGSST

ITEM

ADM

OPE

REALIZADO

SI NO

1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA			
2. POLITICA DEL SST			
3. POLITICA PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABAQUISMO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
4. REGLAMENTO HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL			
5. OBJETIVOS DEL SST			
6. POLÍTICAS DE: PREPARACIÓN DE EMERGENCIAS, PREVENCIÓN DE ACOSO LABORAL, USO DE EPP			
7. REQUISITOS LEGALES EN SST, SEGURIDAD INDUSTRIAL Y AMBIENTE			
8. SG-SST			
9. COPASST / VIGÍA SST.			
10. FACTORES DE RIESGO INHERENTES AL PUESTO DE TRABAJO Y EFECTOS EN LA SALUD			
11. REPORTES DE INCIDENTES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO			
12. SEGURIDAD INDUSTRIAL (PROGRAMAS DE GESTION)			
13. NORMAS DE SEGURIDAD Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO.			
14. PLAN DE PREPARACIÓN, PREVENCIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS			
15. PLAN MÉDICO DE EMERGENCIAS ( MEDEVAC )			
16. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
17. REPORTE DE CONDICIONES INSEGURAS Y ACTOS INSEGUROS			
19. ALMACENAMIENTO, MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS - HOJAS DE SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS MSDS			
20. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES EN SST ,SEGURIDAD INDUSTRIAL Y AMBIENTE			
21. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES			
22. MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS Y LÍQUIDOS (PROGRAMAS DE GESTIÓN)			
23. RESULTADOS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN			
REALIZADA POR:			

III. PRESENTACIÓN DELCARGO

ITEM

ADM

OPE

REALIZADO

SI NO

1. INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO (ENTREGA DE PROCEDIMIENTOS, INSTRUCTIVOS Y FORMATOS)			
2. FUNCIONES			
3. RESPONSABILIDADES			
REALIZADA POR:			

FIRMA DEL TRABAJADOR

Declaro que he entendido y recibido todos los temas de inducción mencionados anteriormente

**QUESOS CIFUENTES****SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****CÓDIGO:**

FT-SST-005

**Fecha:**

20/04/2021

**Versión:**

001

**FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA**

Pagina 1 de 1

**CONSECUTIVO N°**

Ciudad	Lugar	Duración	DÍA	MES	AÑO
--------	-------	----------	-----	-----	-----

ACTIVIDAD REALIZADA	TEMAS TRATADO(S) ¿CUAL(ES)?
Inducción - Reinducción	
Charla de 15 Minutos	
Reunión	
Seminario / Taller / Curso	
Capacitación y Entrenamiento en SST	
Capacitación específica	
Otra	

N°	Nombre Completo	Identificación	Cargo	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

**Observaciones:**

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1581 de 2012 Ley de Protección de Datos, reglamentado parcialmente por el Decreto 1377 de 2013 y en la Decisión Empresarial QUESOS CIFUENTES, mediante el registro de sus datos personales en la presente plantilla autoriza a QUESOS CIFUENTES, para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de evidenciar su participación en el presente evento de formación, sensibilización, capacitación, actualización o información, de igual manera para el tratamiento de la imagen que pudiera capturarse en el desarrollo del evento contenida en fotografías, videos o en cualquier otro medio, bien sea en medio físico, digital o virtual, con el fin de promover temas institucionales y/o comerciales, considerando que tal uso no es contrario a la moral y las buenas costumbres, no constituye injerencia arbitraria en la vida privada, ni afecta la honra, el buen nombre, la integridad moral, física o síquica.

Se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial, y que le asisten los derechos a conocer, actualizar y rectificar sus datos en cualquier momento, así como solicitar prueba de esta autorización, realizar peticiones o reclamos. Para ejercer estos derechos podrá dirigir su solicitud al buzón corporativo [quesoscifuentes@gmail.com](mailto:quesoscifuentes@gmail.com) o entregarla a en cualquiera de las oficinas de atención presencial dispuestas por QUESOS CIFUENTES

**Persona responsable de la actividad:**

NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA

	<b>QUESOS CIFUENTES</b>		
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL RABAJO		<b>CÓDIGO:</b> FT-SST-008 <b>FECHA:</b> 20/04/2021 <b>VERSIÓN:</b> 001
	FORMATO DE AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD		Pagina 1 de 1

<b>CIUDAD :</b>		<b>FECHA</b>	DD	MM	AA
-----------------	--	--------------	----	----	----

### AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD

#### DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		NRO IDENTIFICACIÓN	
SEXO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	EDAD (años)		ESTADO CIVIL	Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	U. Libre <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>
EPS		AFP		ARL			
<b>Cargo</b>				<b>Dependencia</b>			

¿Qué equipos opera?

¿Actualmente presenta alguna enfermedad o esta en tratamiento médico? Explique

Describe que síntoma(s) físico(s) o emocional(es) percibe y el tiempo de evolución

¿Considera que tiene alguna relación estos síntomas con su trabajo? Explique

¿Considera que tiene alguna relación éste síntoma con sus actividades fuera del trabajo? Explique

¿Ha consultado a su servicio de salud por estos síntomas? Si  No  Porqué?

¿Durante el último año ha sido incapacitado por esta causa? Si  No  Porqué?

¿Cuántos días de incapacidad médica?

¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?

#### SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

#### FIRMAS

Firma del trabajador	
C.C	Firma Profesional Seguridad y Salud en el Trabajo



GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL RABAJO

CÓDIGO:	FT-SST-009
FECHA:	20/04/2021
VERSIÓN:	001

FORMATO PROFESIOGRAMA

Página 1 de 1

**1. Objetivos.**

- 1.1 Trazar los requerimientos y exigencias que debe poseer el ocupante de cada cargo de "AQUI SU EMPRESA"
- 1.2 Establecer los parámetros de aptitud médica mínimos para los aspirantes a cargos en la empresa.
- 1.3 Establecer criterios definidos para la solicitud de exámenes médicos de ingreso, periódicos y de egreso para cada cargo de trabajo en la compañía.
- 1.4 Ubicar cada cargo según nómina de manera gráfica dentro del mapa de procesos de la empresa.
- 1.5 Definir los peligros, riesgos y condiciones de trabajo de cada cargo.

**2. Alcance.**

Aplica a todas las áreas o dependencias que están involucradas en la "AQUI SU EMPRESA"

**3. Responsabilidad.**

El jefe de gestión humana, y el Responsable del Sistema de Gestión son los responsables de hacer aplicar los procedimientos para alcanzar los requerimientos y exigencias que debe poseer el ocupante de cada puesto de trabajo.

**4. Definiciones:**

- 4.1 Proceso:** se refiere el lugar que ocupa el cargo dentro de la secuencia de pasos de gestión de la empresa, por ejemplo: procesos de conducción; revisión del sistema integrado de gestión, planeación del sistema integrado de gestión. Puede remitirse al documento "mapa de procesos" de la empresa.
- 4.2 Actitud médica psicofísica:** Se refiere a la condición mental y física mínima del aspirante al cargo para ser calificado como apto para el cargo en referencia.
- 4.3 A.V:** abreviatura para agudeza visual.
- 4.4 Exámenes médicos ocupacionales:** se refiere a cada uno de los exámenes médicos de ingreso, periódicos y de egreso que por ley se debe practicar un aspirante a cualquier cargo y que se ordenan de acuerdo a los factores de riesgos que conlleva cada cargo de manera individual.

Cargo según Nómina	TIPO DE CARGO: ADMON U OPERATIVO	RESUMEN DE TAREAS.	PROCESO	Peligros, riesgos, condición de trabajo	Factores físicos y habilidades.	Exámenes médicos ocupacionales.			Aptitud médica psicofísica: restricciones, recomendaciones y/o criterios de no aptitud.
						Ingreso	Periódicos	Egreso	
ÁREA ADMINISTRATIVA	Administrativo	Cargos con posibilidad de planeación, a cargo de personal, requieren tolerancia al estrés, presión del tiempo, resolución de desacuerdos, liderazgo, manejo de relaciones interpersonales, análisis y estrategias.	Gestión Humana	Radiaciones no ionizantes (teléfonos,móvil), Postura (sedentario, sentados), movimiento repetitivos (computador), incendio (infraestructura), Psicosocial (carga mental y organizacional).	Buen acondicionamiento físico, buena visión, buena audición, habilidades manuales, habilidades de comunicación verbal, buen estado musculo esquelético				No se admiten: <b>Psíquico:</b> Trastornos del estado de ánimo; depresión, manía, hipomanía, bipolares, esquizofrenia, psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos. <b>Osteomuscular:</b> no trastornos osteomusculares no tratados o que impidan la movilidad y/o desplazamiento o que sean crónicos progresivos como artritis reumatoide, no hernias discales que no hayan sido tratadas y controladas médica o quirúrgicamente, no deformidades o limitaciones en manos o miembros inferiores que impida la habilidad manual y/o de digitación
ÁREA OPERATIVA	Operativo	Encargado de coordinar y supervisar las tareas dentro de la planta con el fin de dar cumplimiento a cada requerimiento, manejo de nomina de la planta y horarios.	Producción	ruido, ergonómico, movimiento repetitivo de muñeca, postura estática de tronco y cuello, estrés, manejo de personal	Buen estado musculo esquelético, habilidades manuales y de digitación, buena visión, buena audición, destrezas de acción - reacción. Buena fuerza muscular-				No se admiten: <b>Psíquico:</b> Trastornos del estado de ánimo; depresión, manía, hipomanía, bipolares, esquizofrenia, psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos. <b>Osteomuscular:</b> no trastornos osteomusculares no tratados o que impidan la movilidad y/o desplazamiento o que sean crónicos progresivos como artritis reumatoide, no hernias discales que no hayan sido tratadas y controladas médica o quirúrgicamente, no deformidades o limitaciones en manos o miembros inferiores que impida la habilidad manual y/o de digitación
OBSERVACIONES	El profesiograma se realiza con el fin de identificar factores de riesgo por cargo que tienen mayor impacto en la población trabajadores, sin embargo también se desarrolla los exámenes de ingreso, periódicos, e egreso.								



**INSTRUCTIVO FORMATO MATRIZ SEGUIMIENTO EXAMENES MEDICOS**

**Fecha del examen medico:** Escribir la fecha en la que se realizó el examen meidco.

**Tipo de Examen:** Escribir si es examen de ingreso, periodico, por cambio de actividad, pos incapacidad o retiro.

**Cedula:** Escribir el numero de indentificación del funcionario.

**Nombres y apellidos:** Escribir nombres y apellidos del funcionario que se realizó el examen medico ocupacional.

**Recomendaciones personales:** Escribir las recomendaciones personales hechas por el medico al funcionario.

**Recomendaciones SST:** Escribir las recomendaciones en SST hechas por el médico.

**SVE:** Escribir el SVE al que sugiere el medico se debe incluir al funcionario.

**Recomendaciones medicas:** Escribir las recomendaciones adicionales que el medico hace al funcionario.

**Acción:** Escribir la acción que desde SST se va a realizar de acuerdo a las recomendaciones del medico.

**Seguimiento** Escribir el seguimiento que se hizo a cada una de las acciones del punto anterior.



**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Código: FT-SST-013

Fecha: 20/04/2021

Versión: 01

**FORMATO TABLA DE INDICADORES DEL SG-SST**

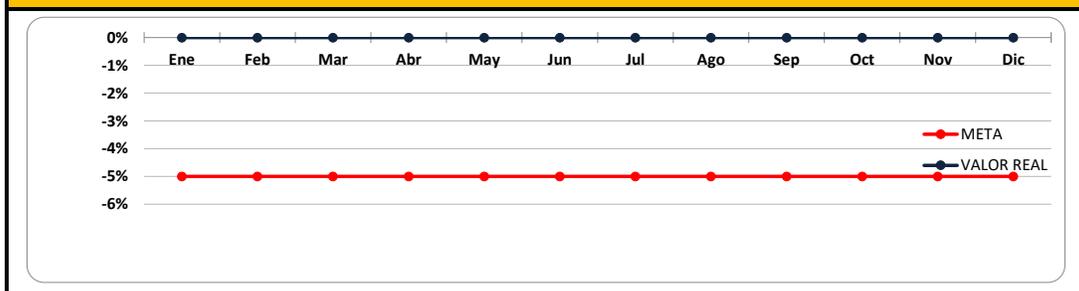
Página 1 de 3

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b>	Variación del Índice de Lesiones Incapacitantes (ILI)		
<b>OBJETIVO TÁCTICO:</b>	Prevenir y controlar los Riesgos que puedan generar incidentes a los trabajadores, al medio ambiente, la comunidad y/o daños a la propiedad.		
<b>OBJETIVO OPERATIVO:</b>	Reducir el índice de lesiones incapacitantes por Accidentes Laborales y Enfermedades Laborales		
<b>META:</b>	-5%	<b>FRECUENCIA DE ANÁLISIS:</b>	Mensual
<b>FÓRMULA:</b>	% Variación Índice de Lesiones Incapacitantes= (ILI 2018 - ILI 2017)/ ILI 2017		
<b>TIPO DE INDICADOR:</b>	Efectividad	<b>ORIGEN DE DATOS:</b>	Estadísticas de accidentalidad
<b>CARGO RESPONSABLE DEL CÁLCULO:</b>	Responsable SG-SST	<b>CARGO RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO:</b>	Gerencia y Responsable SG-SST

**2. MEDICIÓN DEL INDICADOR**

<b>PERIODO DE ANÁLISIS</b>	2020												<b>VR. ACUMULADO</b>
<b>DATOS</b>													
<b>VARIABLES</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	<b>ACUM.</b>
Nº Accidentes	0												0
Nº Dias de Incapacidad	0												0
Horas Hombre trabajadas	0												0
<b>ILI 2020</b>													
Nº Accidentes	0												0
Nº Dias de Incapacidad	0												0
Horas Hombre trabajadas	0												0
<b>ILI 2021</b>													
<b>VALOR REAL</b>													
<b>META</b>	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%

**3. GRÁFICA**



**4. ANALISIS DE DATOS**

--

**5. SEGUIMIENTO DEL INDICADOR -PLAN DE ACCIÓN**

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	CAUSA RAÍZ	ACCIONES A SEGUIR	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA PROGRAMADA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO



**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

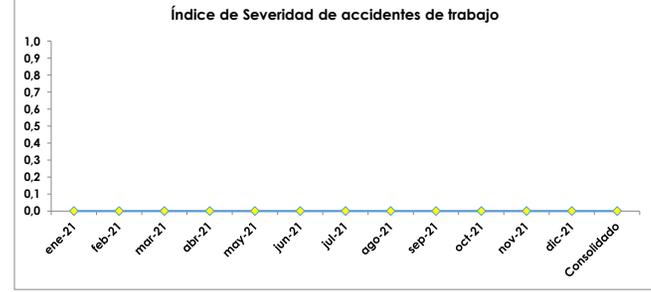
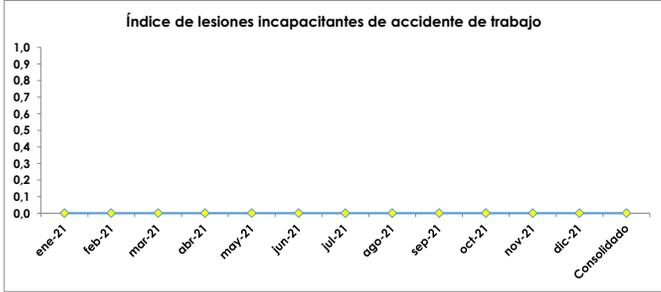
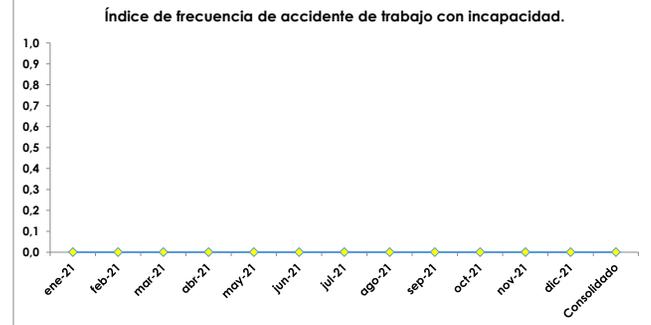
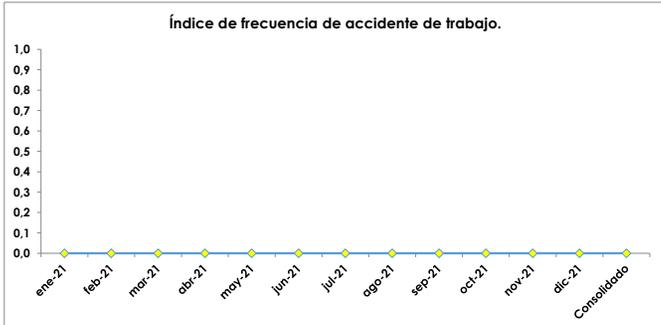
Código: FT-SST-013  
 Fecha: 20/04/2021  
 Versión: 01

**FORMATO TABLA DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO LABORAL**

Proceso:  
 Obra:  
 Indicador: Accidentalidad.  
 Responsable:  
 Constante "K": 240000  
 Constante para calcular el índice de las lesiones incapacitantes: 1000

Datos	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21	jun-21	jul-21	ago-21	sep-21	oct-21	nov-21	dic-21	Consolidado
Total de horas hombre													0
Σ de accidentes de trabajo													0
Σ de días perdidos por accidente de trabajo													0
Σ de accidentes de trabajo con incapacidad													0
Σ de accidentes de trabajo mortales													0
Total de investigaciones de accidentes de trabajo realizadas y enviadas por correo electrónico al Coordinador SISO													0

Formula	Nivel de Desagregación	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21	jun-21	jul-21	ago-21	sep-21	oct-21	nov-21	dic-21	Consolidado
$\Sigma$ de accidentes de trabajo * K / Total de horas hombre	Índice de frecuencia de accidente de trabajo.	#iDIV/0!												
$(\Sigma$ de accidentes de trabajo con incapacidad * K / Total de horas hombre)	Índice de frecuencia de accidente de trabajo con incapacidad.	#iDIV/0!												
$\Sigma$ de días perdidos por accidentes de trabajo * K / Total de horas hombre	Índice de Severidad de accidentes de trabajo	#iDIV/0!												
$(\text{Índice de frecuencia de accidente de trabajo} * \text{Índice de Severidad de accidentes de trabajo}) / 1000$	Índice de lesiones incapacitantes de accidente de trabajo	#iDIV/0!												
$\Sigma$ de accidentes de trabajo / Total de accidentes de trabajo	Investigaciones de Accidentes de Trabajo	#iDIV/0!												





SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Código: FT-SST-013

Fecha: 20/04/2021

Versión: 01

FORMATO TABLA DE INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO LABORAL

Proceso:  
 Obra:  
 Indicador:  
 Responsable:  
 Constante "K":  
 Constante para calcular el índice de las lesiones incapacitantes:

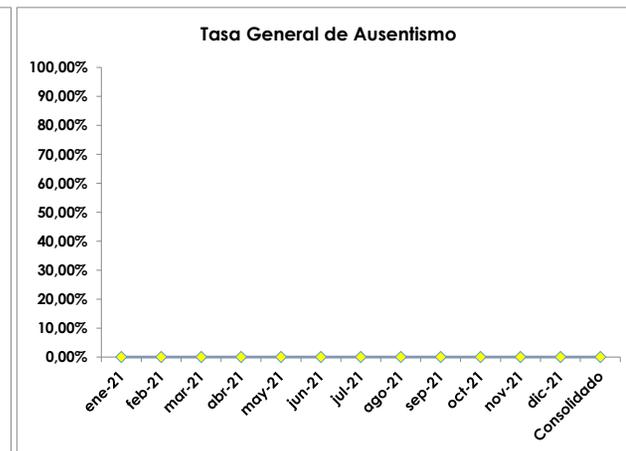
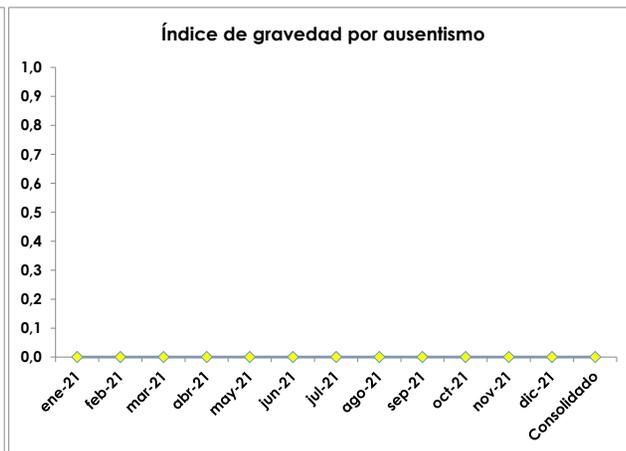
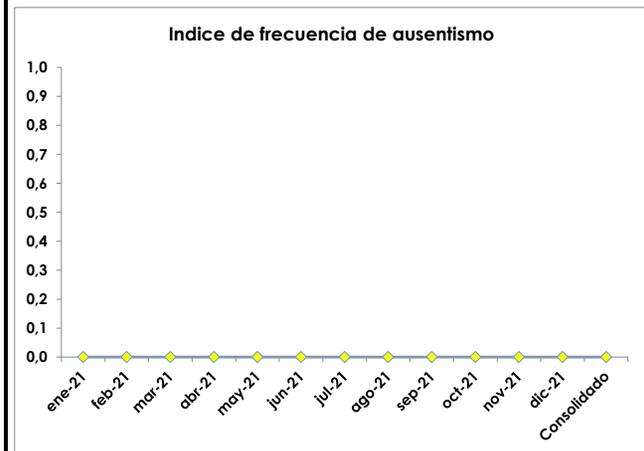
Ausentismo

240000

1000

Datos	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21	jun-21	jul-21	ago-21	sep-21	oct-21	nov-21	dic-21	Consolidado
Total de horas hombre programadas													0
Σ de días ausentes													0
Σ de días ausentes por enfermedad general													0
Σ de personas ausentadas													0
Total de empleados													0

Formula	Nivel de Desagregación	ene-21	feb-21	mar-21	abr-21	may-21	jun-21	jul-21	ago-21	sep-21	oct-21	nov-21	dic-21	Consolidado
$\frac{\Sigma \text{ de personas ausentes} * K}{\text{Total de horas hombre programadas}}$	Índice de frecuencia de ausentismo	#iDIV/0!												
$\frac{(\Sigma \text{ de días ausentes} * K / \text{Total de horas hombre programadas})}{\text{Total de horas hombre programadas}}$	Índice de gravedad por ausentismo	#iDIV/0!												
$\frac{(\Sigma \text{ de personas ausentes} / \text{Total de empleados}) * 100\%}{\text{Total de empleados}}$	Tasa General de Ausentismo	#iDIV/0!												







UBICACIÓN	AREA/PISO					
ELEMENTO	CANTIDAD	APLICA (A) / NO APLICA(N/A)	FECHA DE VENCIMIENTO	VERIFICACIÓN	OBSERVACIÓN	
<b>ANTISÉPTICOS</b>						
ALCOHOL ANTISÉPTICO FRASCO POR 275 ml	Unidad					
SOLUCIÓN YODADA	Frasco x 120 ml					
<b>EQUIPOS</b>						
FONENDOSCOPIO	Unidad					
TENSÍOMETRO	Unidad					
TERMÓMETRO	Unidad					
<b>MATERIAL DE CURACIÓN</b>						
ALGODÓN	Bolsa					
APLICADORES	Paquete					
APÓSITO o COMPRESAS NO ESTÉRILES	Unidad					
BAJALENGUAS	Paquete x 20					
CURAS	Caja					
ESPARADRAPO DE TELA ROLLO 4"	Unidad					
GASAS ESTÉRILES	Paquete x 3					
GASAS LIMPIAS PAQUETE	Paquete x 20					
GUANTES DE LÁTEX PARA EXAMEN	Caja por 100					
JERINGAS	Unidad					
MICROPORE ROLLO	Unidad					
SOLUCIÓN SALINA 250 cc o 500 cc	Unidad					
TAPABOCAS	Caja X 50					
VENDA DE ALGODÓN 3 X 5 YARDAS	Unidad					
VENDA DE ALGODÓN 5 X 5 YARDAS	Unidad					
VENDA ELÁSTICA 2 X 5 YARDAS	Unidad					
VENDA ELÁSTICA 3 X 5 YARDAS	Unidad					
VENDA ELÁSTICA 5 X 5 YARDAS	Unidad					
OCCLUSOR OCULAR ADULTO	Unidad					
<b>MEDICAMENTOS</b>						
SULFADIAZINA DE PLATA	Frasco					
<b>INSUMOS ADICIONALES</b>						
BOLSAS PLÁSTICAS (ROJAS Y VERDES)	Unidad					
GAFAS PROTECTORAS	Unidad					
MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS	Unidad					
SABANAS DESECHABLES	Unidad					
TIJERAS DE TRAUMA	Unidad					
VASOS DESECHABLES	Paquete por 25					
<b>ELEMENTOS DE EMERGENCIAS</b>						
CAMILLA DE ATENCIÓN	Unidad					
CAMILLA RIGIDA	Unidad					
COLLAR CERVICAL ADULTO	Unidad					
ELEMENTO DE BARRERA o MÁSCARA PARA RCP	Unidad					
INMOVILIZADORES DE CUELLO	Unidad					
INMOVILIZADORES o FÉRULA MIEMBROS INFERIORES (ADULTO)	Unidad					
INMOVILIZADORES o FÉRULA MIEMBROS SUPERIORES (ADULTO)	Unidad					
LINTERNA	Unidad					
PILAS DE REPUESTO	Unidad					
PLANOS	Unidad					
LISTADO TELÉFONOS DE EMERGENCIA	Unidad					
RESPONSABLE			FECHA DE INSPECCION			
			MES	DÍA	AÑO	
			FIRMA:			



## GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES

## GESTIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS

CÓDIGO: FT-SST-017

FECHA: 20/04/2021

VERSIÓN: 001

## FORMATO INSPECCIÓN Y CONTROL DE EXTINTORES

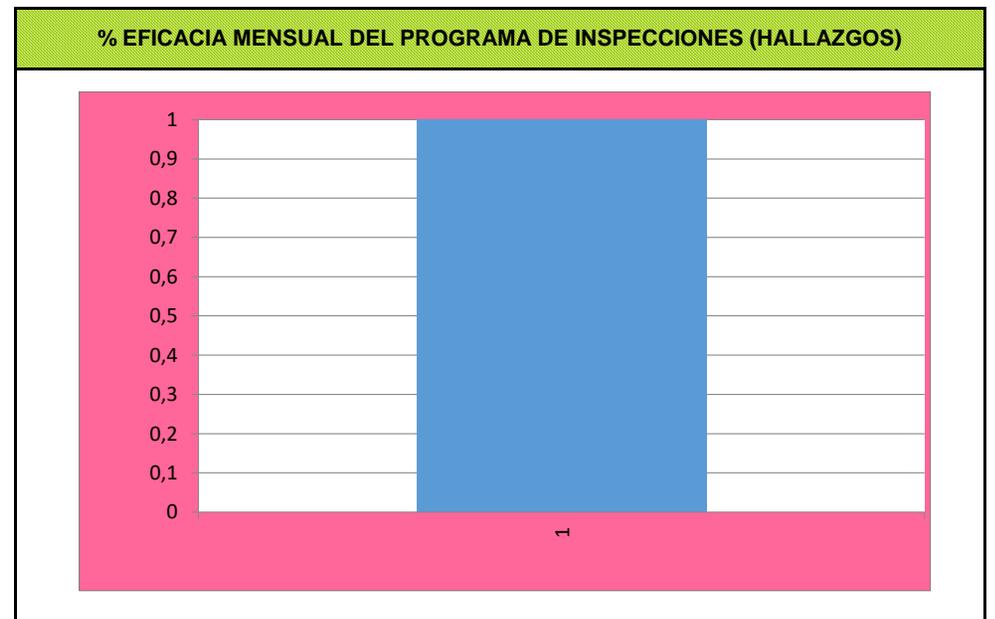
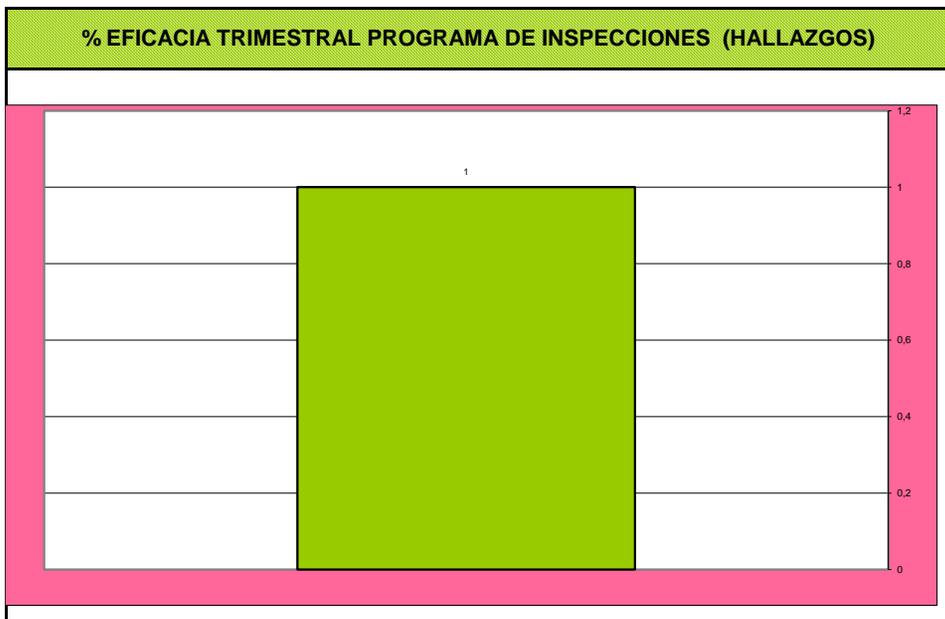
Página 1 de 1

CONCEPTO	EXTINTOR 1		EXTINTOR 2		EXTINTOR 3		EXTINTOR 4		EXTINTOR 5		OBSERVACIONES	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO	CIERRE
	C/NC	CLASE													
El extintor está ubicado en el lugar preestablecido															
El extintor no presenta obstáculos para su acceso															
El extintor está completamente cargado y operable															
Las calcomanías y las placas de instrucción están legibles y en el frente del extintor (Tipo/Fecha)															
El gabinete o gancho está ubicado a una altura no mayor a 1,5 mt.															
La base del extintor está al menos a 10 cm de altura sobre el nivel del piso															
El extintor tiene el sello de seguridad															
El extintor tienen el pasador o pin de seguridad															
La pintura del cilindro está en buen estado															
El cilindro está en buen estado, sin oxidación, roturas, abolladuras, golpes o deformaciones															
La manguera del extintor está en buen estado, sin roturas, poros, agrietamientos u obstrucciones con papel, animales, entre otros.															
Los empalmes de la manguera a la válvula y a la corneta o boquilla están bien															
La Corneta en los extintores de CO2 no presenta fisuras, cristalización y defectos en acoples															
La válvula no presenta oxidación, daños en la manija, deformaciones que impidan su funcionamiento															
La lectura de presión está dentro del rango operable															
Fecha de vencimiento															
C = Cumple    NC = No cumple															
AREA INSPECCIONADA											FECHA DE INSPECCION	DIA	MES	AÑO	
RESPONSABLE											FIRMA				



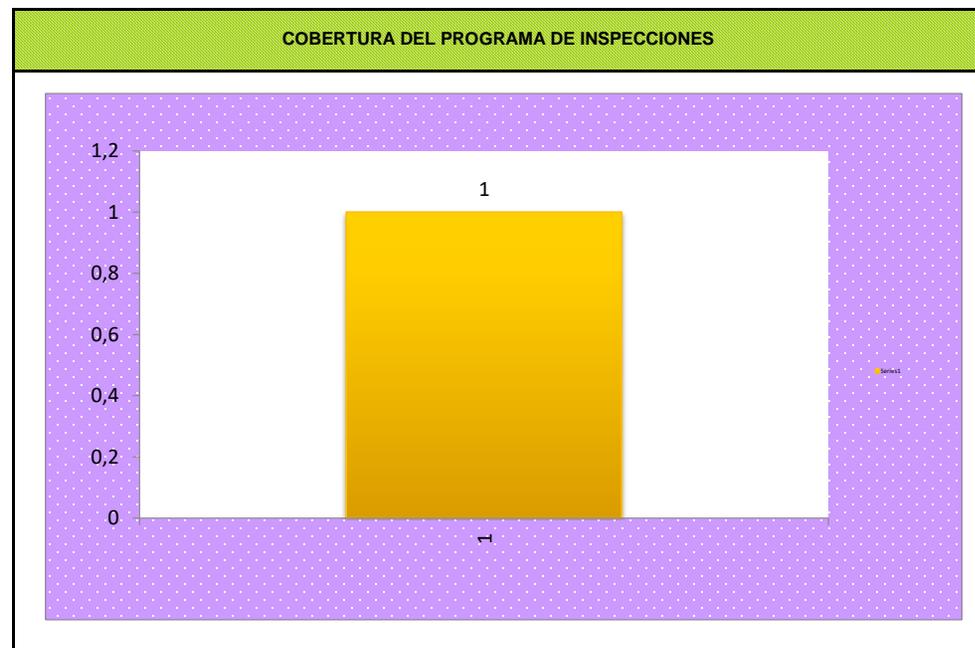
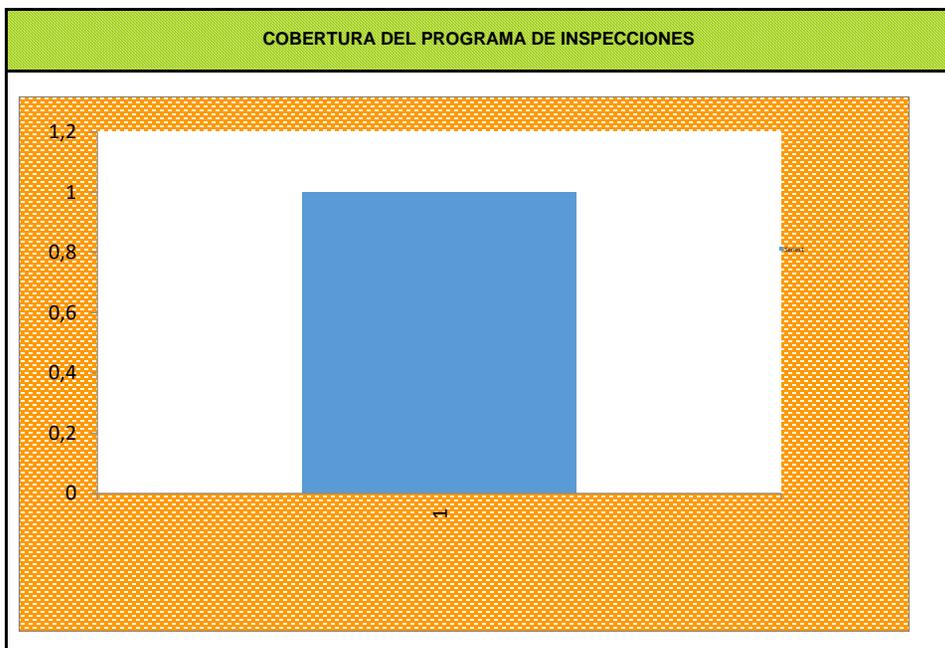
Objetivo		Indicador	Meta	PRIMER SEMESTRE				
				Resultado		Analisis	Plan de accion	Plazo
EFICACIA	Garantizar la eficacia del programa de inspecciones	(No. hallazgos corregidos eficazmente / No. hallazgos encontrados en el periodo) * 100	90%		#####			

Objetivo		Indicador	Meta	SEGUNDO SEMESTRE				
				Resultado		Analisis	Plan de accion	Plazo
EFICACIA	Garantizar la eficacia del programa de inspecciones	(No. hallazgos corregidos eficazmente / No. hallazgos encontrados en el periodo) * 100	90%		#####			

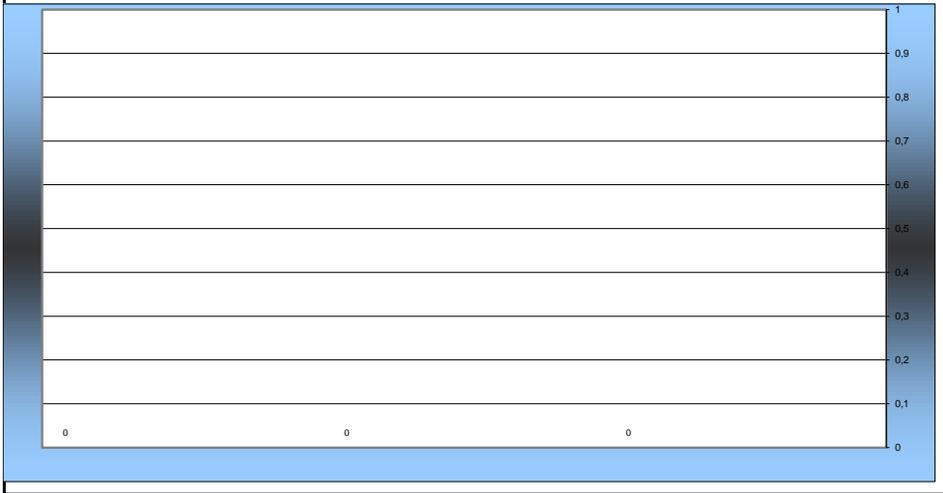


Objetivo		Indicador	Meta	PRIMER SEMESTRE				
				Resultado		Analisis	Plan de accion	Plazo
COBERTURA	Garantizar la cobertura y cumplimiento de las inspecciones realizadas a las obras	No. Inspecciones realizadas en el periodo / (No. de zonas activas * tipo de inspección en el periodo) * 100	90%		#####			

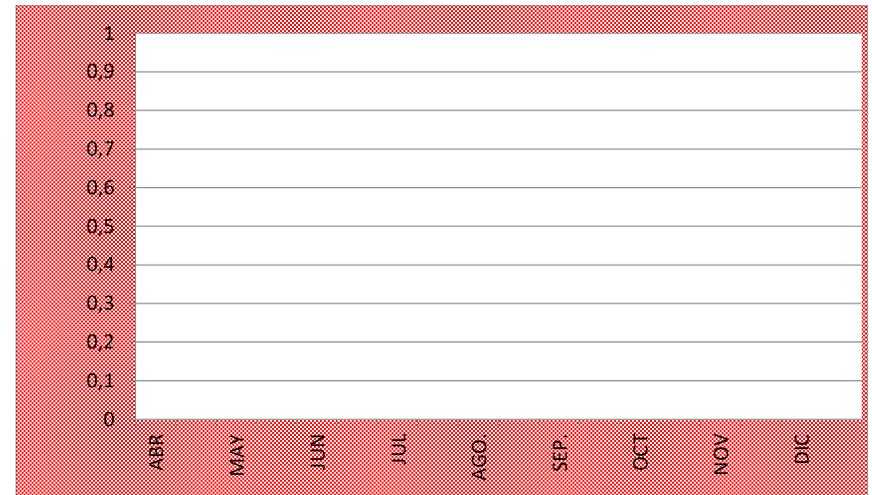
Objetivo		Indicador	Meta	SEGUNDO SEMESTRE				
				Resultado		Analisis	Plan de accion	Plazo
COBERTURA	Garantizar la cobertura y cumplimiento de las inspecciones realizadas a las obras	No. Inspecciones realizadas en el periodo / (No. de zonas activas * tipo de inspección en el periodo) * 100	100%					



### % TRIMESTRAL PROGRAMA DE INSPECCIONES (CUMPLIMIENTO)



### % MENSUAL DEL PROGRAMA DE INSPECCIONES (CUMPLIMIENTO)





## FORMATO DE INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha de inspección:		Lugar/área:	
Inspección realizada por:		Nombre responsable del área:	
Cargo:		Hora:	

## LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
<b>1</b>	<b>PELIGROS FISICOS</b>				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.				
1.2	Las luminarias están en buen estado.				
1.3	Hay buena ventilación en el área.				
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).				
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).				
1.6	La temperatura es confortable.				
<b>2</b>	<b>PELIGROS LOCATIVOS</b>				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).				
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).				
2.3	Pisos en buen estado.				
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).				
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).				
2.6	Áreas de circulación despejadas (escaleras, zonas de tránsito en almacén, etc).				
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.				
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?				
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.				
<b>3</b>	<b>PELIGROS ELÉCTRICOS</b>				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.				
3.2	Los empalmes o conexiones están en buen estado.				
3.3	Tomas e interruptores en buen estado				
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.				
3.5	Cables en buen estado.				
3.6	Los tableros, cajas y circuitos están identificados.				
3.7	Los tableros y cajas están libres de obstáculos.				
3.8	Existe señalización de peligros.				
<b>4</b>	<b>PELIGROS DE SEGURIDAD</b>				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.				
4.2	Extintores de carga vigente.				
4.3	Extintores libre de obstáculos.				
4.4	Existe señalización de extintores.				
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.				
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas				
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).				
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).				
4.9	Hay botiquín y control de consumo.				
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?				
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?				
<b>5</b>	<b>PELIGROS BIOLÓGICOS</b>				
5.1	El área está libre de insectos y roedores.				
<b>6</b>	<b>PELIGROS BIOMECANICO</b>				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)				
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)				
6,3	Silla en buenas condiciones, espalda, asiento, patas o base				
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles				
<b>7</b>	<b>ORDEN Y ASEO</b>				
7,1	El área se encuentra organizada.				
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.				
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.				
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.				





**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**CÓDIGO:** FT-SST-020

**FECHA:** 20/04/2021

**VERSIÓN:** 001

**FORMATO INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**

FECHA \_\_\_\_\_

AREA INSPECCIONADA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN REPORTA: \_\_\_\_\_

No.	NOMBRE	CARGO	DEBE USAR							USA		ESTADO			NO USA POR			MEDIDAS DE CONTROL										
			A	B	C	D	E	F	G	SI	NO	B	R	M	NS	NP	NQ	1	2	3	4	5						
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

EPP FALTANTE POR PERSONA									DEBE USAR							ESTADO			NO USA POR			MEDIDAS DE CONTROL				
No	CARGO	A	B	C	D	E	F	G																		
1									A- TRAJE ANTI FLUIDOS							B- BUENO			NS- NO SABE			1. INSTRUCCIÓN				
2									B- COFIA													2. MOTIVACION				
3									C- TAPABOCAS																	
4									D- BOTAS CAÑA ALTA																	
5									E- DELANTAL							R- REGULAR			NP- NO PUEDE			3. CAMBIO DE EPP				
6									F- GUANTE DE NITRILO																	
7									G- OTRO													4. MEDIDAS PENDIENTES				
8																										
9									Cual? _____							M- MALO			NQ- NO QUIERE			5. OTRAS				
10																										

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN

\_\_\_\_\_ RESPONSABLE DEL SG-SST

**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CÓDIGO: FT-SST-021

Fecha: 20/04/2021

Versión: 001

FORMATO DE REPORTE DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGUROS

Pagina 1 de 1

**INFORMACIÓN GENERAL**

SEDE DÓNDE SE PRESENTA EL EVENTO	ÁREA DÓNDE SE PRESENTA EL EVENTO	OBJETO DEL REPORTE	ANTECEDENTES	FECHA DEL ANTECEDENTE	DD	MM	AAAA

**DETALLE DEL EVENTO**

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	LUGAR ESPECÍFICO	DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DEL REPORTE	
	TIPO DE PELIGRO		
	FACTOR DE RIESGO	POSIBLES RECOMENDACIONES	
	PROBABLES CONSECUENCIAS		
NOMBRE DE QUIEN IDENTIFICA EL EVENTO	CARGO DE QUIEN IDENTIFICA EL EVENTO	ÁREA A LA QUE PERTENECE	FIRMA
NOMBRE DE QUIEN REPORTA EL EVENTO	CARGO DE QUIEN REPORTA EL EVENTO	ÁREA A LA QUE PERTENECE	FIRMA
NOMBRE DE QUIEN RECIBE EL EVENTO	CARGO DE QUIEN RECIBE EL EVENTO	ÁREA A LA QUE PERTENECE	FIRMA





**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CÓDIGO: FT-SST-024

FECHA: 20/04/2021

VERSIÓN: 001

FORMATO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS Y/O HERRAMIENTAS - REPORTE DE NOVEDADES

Página 1 de 2

## REPORTE DE NOVEDAD

REPORTE No.		DEPARTAMENTO:		FECHA:			
MAQUINA/EQUIPO:		MARCA:		CODIGO:			
UBICACIÓN:		SECCION:		SERIE:			
MANTENIMIENTO:	PREVENTIVO	CORRECTIVO	OTRO:	PROBLEMA	ELECTRICO	ELECTRONICO:	OTRO:
CONDICION:	CRITICA	MEDIA	NORMAL	INFORMO:	TURNO A	TURNO B	TURNO C
MECANISMO:							

DESCRIPCION GENERAL DEL FALLO / AVERIA:

OBSERVACIONES:

EJECUTADO POR:

CONOCIO:

RECIBIO:



GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CÓDIGO: FT-SST-025

FECHA: 20/04/2021

VERSIÓN: 001

FORMATO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS Y/O HERRAMIENTAS - SOLICITUD DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO

Página 1 de 2

SOLICITUD DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO

SOLICITUD No.		DEPARTAMENTO:		FECHA:	
MAQUINA/EQUIPO:		MARCA:		CODIGO:	
UBICACIÓN:		SECCION:		SERIE:	

MANTENIMIENTO:	<input type="checkbox"/>	PREVENTIVO	<input type="checkbox"/>	CORRECTIVO	<input type="checkbox"/>	OTRO:	<input type="checkbox"/>	PROBLEMA	<input type="checkbox"/>	MECANICO.	<input type="checkbox"/>	ELECTRICO	<input type="checkbox"/>	ELECTRONICO:	<input type="checkbox"/>	OTRO:	<input type="checkbox"/>
CONDICION:		CRITICA	<input type="checkbox"/>	MEDIA	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	INFORMO:	<input type="checkbox"/>	TURNO A	<input type="checkbox"/>	TURNO B	<input type="checkbox"/>	TURNO C	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
MECANISMO:																	

SERVICIO SOLICITADO	SOLICITANTE	RESPONSABLE	DESCRIPCION DEL TRABAJO
REVISION			
AJUSTE			
DESMONTAJE			
REPARACION			
LUBRICACION			
TRASLADO			
REFORMA			
PROYECTO			
ADECUACION			
PINTURA			
LIMPIEZA			

OBSERVACIONES:

EJECUTADO POR:		CONOCIO:		RECIBIO:	
----------------	--	----------	--	----------	--



**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**CÓDIGO:** FT-SST-026

**FECHA:** 20/04/2021

**VERSIÓN:** 001

Página 1 de 2

**FORMATO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS Y/O HERRAMIENTAS - ORDEN DE MANTENIMIENTO**

**ORDEN DE MANTENIMIENTO**

ORDEN DE TRABAJO No.		REPORTE No:		FECHA:		DEPARTAMENTO	
MAQUINA/EQUIPO:				MARCA:		CODIGO:	
UBICACIÓN:				SERIE:			

MANTENIMIENTO:	Preventivo		Correctivo		PROBLEMA:	Mecanico:		Electrico:		Electronico:		Otro:	
PRIORIDAD	ALTA		MEDIA		BAJA		TURNO:						
FECHA DE INICIO:				FECHA DE TERMINACION:									

DESCRIPCION GENERAL DEL TRABAJO	COSTOS DE MANTENIMIENTO				
	MANO DE OBRA		REPUESTOS		
	Costo total	Hrs	Descripcion	Unid	Costo total

Observaciones:

EJECUTADO POR:		FECHA:	
----------------	--	--------	--

**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CÓDIGO: FT-SST-027

FECHA: 20/04/2021

FORMATO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS Y/O HERRAMIENTAS - INFORME MANTENIMIENTO

VERSIÓN: 001

Página 1 de 2

**INFORME MANTENIMIENTO**

INFORME	DEPARTAMENTO:	FECHA:
EQUIPO:	MARCA:	CODIGO:
UBICACIÓN:	SECCION:	SERIE:

MANTENIMIENTO: P  C  PROBLEMA Mecánico  Eléctrico  Electrónico  Otros CONDICIÓN: CRÍTICA  MEDIA  NORMAL  INFORMO-TURNO: A  B  C MECANISMO:

FECHA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO REALIZADAS

Observaciones:EJECUTADO POR: RECIBIDO POR. FECHA:

**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**CÓDIGO:** FT-SST-028**FECHA:** 20/04/2021**VERSIÓN:** 001**FORMATO DE ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP), DAÑO O REPOSICIÓN****NOMBRE:****C.C.:****CENTRO DE TRABAJO:****CARGO:**

"CON MI FIRMA CERTIFICO QUE HE RECIBIDO DOTACIÓN Y EL ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADO. ME COMPROMETO A CUIDARLOS Y EMPLEARLOS DE MANERA CORRECTA DE ACUERDO A LAS INDICACIONES DADAS FRENTE A LOS RIESGOS. DOY FE QUE RECIBI Y ENTENDI LAS INSTRUCCIONES SOBRE EL USO CORRECTO Y MANTENIMIENTO"

**NOTA:** DILIGENCIAR LAS CASILLAS DE DOTACIÓN Y EPP CON EL NÚMERO DE ELEMENTOS RECIBIDOS

FECHA DE ENTREGA	ENTREGA	DAÑO O REPOSICIÓN	DOTACIÓN				EPP						FIRMA		
			CAMISA BLANCA ANTIFLUIDO ANTIFLUIDOS	PANTALÓN BLANCO ANTIFLUIDO	COFIA DESECHABLE	TAPABOCAS DESECHABLE	BOTAS BLANCAS CAÑA ALTA CON PUNTERA	DELANTAL BLANCO PARA COCINA	COFIA DE TELA	TAPABOCAS DE TELA	GUANTES DE NITRILO	GUANTE INDUSTRIAL LARGO PROTEX C - 65XL T 10	GUANTE CORTO CALIBRE 55 PROTEX CE0321	RECIBE	ENTREGA

**ELABORÓ:****REVISÓ:****APROBÓ:**

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-003
<b>FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST</b>	<b>Fecha:</b>	20 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 3		

<b>Nombre:</b>	<b>Cedula:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Cargo:</b>

Califique el cumplimiento, teniendo en cuenta la siguiente tabla:	
<b>Insatisfactorio:</b> No tiene claros los conocimientos. Existen múltiples aspectos a mejorar.	<b>0</b>
<b>Bueno:</b> Muestra claros conocimientos, pero aún puede mejorar más.	<b>0,5</b>
<b>Alto desempeño:</b> Muestra total dominio del conocimiento, puede enseñar y compartir a los demás.	<b>1</b>
<b>TEMAS A EVALUAR</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
1.Cuál es la misión y visión de la empresa:	
2. Mencione tres responsabilidades de los trabajadores en cuanto al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo:	

<b>PREPARADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES****SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****Código:**

FT-SST-003

**Fecha:**20 de abril  
2021**Versión:**

001

**FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST**

Página 2 de 3

3. Si presenta un accidente de trabajo cuando se debe reportar:

- a. Inmediatamente \_\_\_\_\_
- b. Al siguiente día \_\_\_\_\_
- c. Cuando me acuerde \_\_\_\_\_
- d. Días después porque me surgió un dolor \_\_\_\_\_
- e. A la semana siguiente \_\_\_\_\_

3.1 Que es accidente de trabajo:

4. Mencione tres riesgos a los que está expuesto en su área trabajo:

5. Cuáles son los pasos a seguir en caso de un sismo:

6. Nombre cinco de los beneficios de las 5s:

<b>PREPARADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-003
<b>FORMATO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST</b>	<b>Fecha:</b>	20 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 3 de 3		

<p>7. Mencione 2 de los comités con los que cuenta la empresa, dando cumplimiento a la normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo.</p>	
<b>TOTAL CALIFICACIÓN:</b>	
<b>Observaciones e inquietudes, Refuerzos aportados</b>	
<b>FIRMA DEL TRABAJADOR:</b>	

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-006
<b>FORMATO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>		<b>Fecha:</b>	20/04/2021
		<b>Versión:</b>	001
Página 1 de 5			

## ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Esta encuesta permite a QUESOS CIFUENTES recopilar la información del perfil sociodemográfico de sus colaboradores, lo cual es necesario para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. *La información que Usted consigne será confidencial.*

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**C.C.:** \_\_\_\_\_ **CARGO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **TEL:** \_\_\_\_\_

### MARQUE CON UNA X:

#### 1. EDAD

- Menor de 18 años
- 18 - 22 años
- 23 - 28 años
- 29 - 34 años
- 35 - 40 años
- 41 - 46 años
- 47 - 50 años
- Mayor a 50 años

#### 2. ESTADO CIVIL

- Soltero
- Casado
- Separado
- Viudo
- Unión libre
- Divorciado

#### 3. SEXO

- Hombre
- Mujer

#### 4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- Ninguno
- 1 - 3 personas
- 4 - 6 personas
- Más de 6 personas

#### 5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- Primaria
- Secundaria
- Técnico/Tecnólogo
- Universitario
- Postgrado

#### 6. TENENCIA DE VIVIENDA

- Propia
- Arrendada
- Vive con los padres
- Compartida con otra(s) familia(s)

#### 7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- Otro trabajo
- Labores domésticas
- Recreación y deporte
- Estudio
- Ninguno

#### 8. PROMEDIO DE INGRESOS

- Mínimo legal (S.M.L.)
- entre 1 a 3 S.M.L.
- entre 4 a 5 S.M.L.
- entre 5 a 7 S.M.L.
- más de 7 S.M.L.

#### 9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- Menos de 1 año
- 1 a 3 años
- 4 a 6 años
- 7 a 9 años
- Más de 10 años

#### 10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- Menos de 1 año
- 1 a 3 años
- 4 a 6 años
- 7 a 9 años
- Más de 10 años

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>		<b>CÓDIGO:</b>
<b>FORMATO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>		<b>Fecha:</b>	20/04/2021
		<b>Versión:</b>	001
Página 2 de 5			

**11. TIPO DE CONTRATACIÓN.**

- Contrato a Término Indefinido  
 Contrato por Obra/Labor  
 Contrato a Término Fijo  
 Honorarios o Servicios Profesionales  
 Cooperativa

**12. FUMA**

- Si  
 No  
 Promedio diario \_\_\_\_\_

**13. CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

- SI  
 NO  
 Si la respuesta es SI, responde:  
 Diario  
 Semanal  
 Quincenal  
 Mensual  
 Ocasional

**14. PRACTICA ALGÚN DEPORTE**

- SI  
 NO  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es SI, responde:  
 Diario  
 Semanal  
 Quincenal  
 Mensual  
 Ocasional

**15. DESPLAZAMIENTO AL TRABAJO**

- A pie.  
 Transporte público  
 Transporte público taxi  
 Automóvil  
 Moto  
 Bicicleta

**17. CUÁLES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES**

N°	SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
1	Dolor de cabeza			
2	Dolor de cuello, espalda y cintura			
3	Dolores musculares			
4	Dificultad para algún movimiento			
5	Tos frecuente			
6	Dificultad respiratoria			
7	Gastritis, ulcera			
8	Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			
9	Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			
10	Dificultad para concentrarse			

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>		<b>CÓDIGO:</b>
<b>FORMATO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>		<b>Fecha:</b>	20/04/2021
		<b>Versión:</b>	001
Página 3 de 5			

11	Mal genio			
12	Nerviosismo			
13	Cansancio mental			
14	Palpitaciones			
15	Dolor en el pecho (angina)			
16	Cambios visuales			
17	Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual			
18	Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			
19	Dificultad para oír			
20	Sensación permanente de cansancio			
21	Alteraciones en la piel			
22	Otras alteraciones no anotadas			

**SELECCIONE CUÁL ES SU CARGO DENTRO DE LA EMPRESA:**

ADMINISTRATIVO       OPERATIVO       ADMINISTRATIVO – OPERATIVO

**18. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:**

N°	CONDICIÓN	SI	NO	N.A.	POR QUÉ / CUAL / OBSERVACIONES
1	¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?				
2	¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?				
3	¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?				
4	¿El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?				
5	¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?				
6	¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?				
7	¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?				

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FT-SST-006 <b>Fecha:</b> 20/04/2021 <b>Versión:</b> 001
<b>FORMATO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>		Página 4 de 5	

8	¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, toma eléctrica sobrecargada, transformadores defectuosos?				
9	¿Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?				
10	¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen espacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?				
11	¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?				
12	¿Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?				
13	¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?				
14	¿En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos y/o tóxicos?				
15	¿Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?				
16	¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?				
17	¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?				
18	¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?				
19	¿Su labor genera riesgos mecánicos (¿proyección de partículas, atrapamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas)?				
20	¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?				
21	¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?				
22	¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?				
23	Si está a cargo de alguna máquina o herramienta, ¿tiene los mandos dispuestos de tal manera que no necesite realizar movimientos forzados para accionarlo?				
24	¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?				
25	¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor? (levantar y transportar cargas)				
26	¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?				

<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>		<b>CÓDIGO:</b> FT-SST-006 <b>Fecha:</b> 20/04/2021 <b>Versión:</b> 001
<b>FORMATO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>		Página 5 de 5	

<b>27</b>	¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?				
<b>28</b>	¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?				
<b>29</b>	¿Las tareas que realiza le producen “sensación de peligrosidad”?				
<b>30</b>	¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?				
<b>31</b>	¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?				
<b>32</b>	¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales				
<b>33</b>	¿La empresa cuenta con agua potable?				
<b>34</b>	¿Existe buen manejo de basuras y desechos?				

\_\_\_\_\_

**FIRMA TRABAJADOR**

Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_

<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general



**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD  
EN EL TRABAJO**

**CÓDIGO:** FT-SST-007

**Fecha:** 20/04/2021

**Versión:** 001

**FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD  
SOCIODEMOGRÁFICO**

Página 1 de 15

# DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO



<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 2 de 15		

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS. ....	5
3. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	5
4. RESULTADOS CONSOLIDADOS.....	6
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN. ....	6
4.1.1. Población Evaluada.....	6
4.1.2. Distribución por Sexo.....	7
4.1.3. Distribución de la población según grupo etario.....	7
5. CARACTERÍSTICAS LABORALES.....	10
5.1. Distribución de la población según Cargos.....	10
5.2. Distribución de la Población por Antigüedad. ....	11
6. HÁBITOS EXTRALABORALES.....	12
6.1. Tabaquismo.....	12
6.2. Actividad Física. ....	12
7. PATOLOGÍA OCUPACIONAL REPORTADA.....	14
7.1. Enfermedad laboral reportada. ....	14
7.2. Accidentes de Trabajo.....	14
RECOMENDACIONES .....	15

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 3 de 15		

### TABLA DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1. Distribución por área de la empresa Quesos Cifuentes .....	6
Ilustración 2. Porcentaje de distribución entre hombres y mujeres .....	7
Ilustración 3. Rango de edades.....	8
Ilustración 4. Nivel de escolaridad.....	9
Ilustración 5. Distribución por cargos .....	10
Ilustración 6. Antigüedad de trabajo en Quesos Cifuentes.....	11
Ilustración 7. Consumo de Cigarrillo.....	12
Ilustración 8. Práctica Deportiva.....	13
Ilustración 9. Enfermedad laboral reportada. ....	14
Ilustración 10. Accidentes de trabajo.....	15

### LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Exámenes médicos ocupacionales realizados según las áreas de la empresa. ....	6
Tabla 2. Distribución por sexo.....	7
Tabla 3. Rango de Edad. ....	7
Tabla 4. Nivel de escolaridad.....	8
Tabla 5. Distribución por cargos.....	10
Tabla 6. Antigüedad en la empresa.....	11
Tabla 7. Consumo de Cigarrillo. ....	12
Tabla 8. Actividad física. ....	13
Tabla 9. Enfermedad laboral reportada .....	14
Tabla 10. Accidentes de trabajo.....	15

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 4 de 15		

## 1. INTRODUCCIÓN.

El Diagnóstico de Salud constituye una de las tareas claves dentro del análisis de información de Salud y Seguridad en el Trabajo. Está fundamentado en la información recolectada durante la realización de las actividades de Medicina del trabajo y hoy en día constituye una herramienta básica para el equipo de Salud y Seguridad en el Trabajo en la toma de decisiones.

Se realiza con base en la información recolectada a partir de los exámenes médicos y paraclínicos, su importancia radica en los hallazgos, las asociaciones exposición - efecto y análisis del comportamiento de las diferentes variables a través del tiempo.

Su realización comprende varias etapas sucesivas donde se determinan las fuentes de información, se establecen los formatos de recolección de información, se identifican y priorizan las variables a estudiar, posteriormente se realiza un análisis cruzando las variables más relevantes para el área de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Las variables por evaluar se pueden clasificar en grandes grupos, las asociadas al individuo, las asociadas al puesto de trabajo y los hallazgos clínicos, buscando siempre la correlación de los factores de riesgo del puesto de trabajo y la condición clínica de cada persona.

Finalmente se establecen una serie de recomendaciones generales para ser ejecutadas por parte de todos los actores del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo. Las personas asignadas a la administración del sistema de gestión se encargarán de la vigilancia y control del cumplimiento de dichas recomendaciones.

<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 5 de 15		

## 2. OBJETIVOS.

Caracterizar la población de **QUESOS CIFUENTES** mediante el análisis de información contenida en la Historia Clínica Ocupacional, evaluando variables sociodemográficas, laborales, antecedentes médicos, hábitos de vida, morbilidad sentida, resultados y análisis de pruebas complementarias y diagnósticos realizados.

Establecer las patologías de origen común y profesional de mayor incidencia y prevalencia con el fin de diseñar actividades de prevención de la enfermedad tendientes a disminuir su aparición y evitando el deterioro y/o las complicaciones de las que ya estuvieren presentes.

Establecer la asociación entre los factores de riesgo del puesto de trabajo con la morbilidad sentida y los hallazgos clínicos realizados por los profesionales de salud, para determinar las estrategias de control en la fuente, el medio y el trabajador.

Recomendar actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, de aplicación colectiva, a seguir en los próximos meses de acuerdo con la situación diagnosticada.

## 3. FUENTES DE INFORMACIÓN.

Las fuentes de información utilizadas para realizar el diagnóstico de salud fueron las siguientes:

- Certificados Médicos Laborales realizados entre durante la vigencia 2021 a todos los colaboradores.
- Formatos del Perfil Sociodemográfico.
- Listado de personal de la empresa.
- Informes de Accidentalidad consolidados vigencia anterior y actual.

<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 6 de 15		

#### 4. RESULTADOS CONSOLIDADOS.

Los hallazgos de la Evaluación Médica laboral de la población trabajadora de **QUESOS CIFUENTES** se presenta a continuación en tablas y gráficas que reflejan la situación general de salud de la empresa.

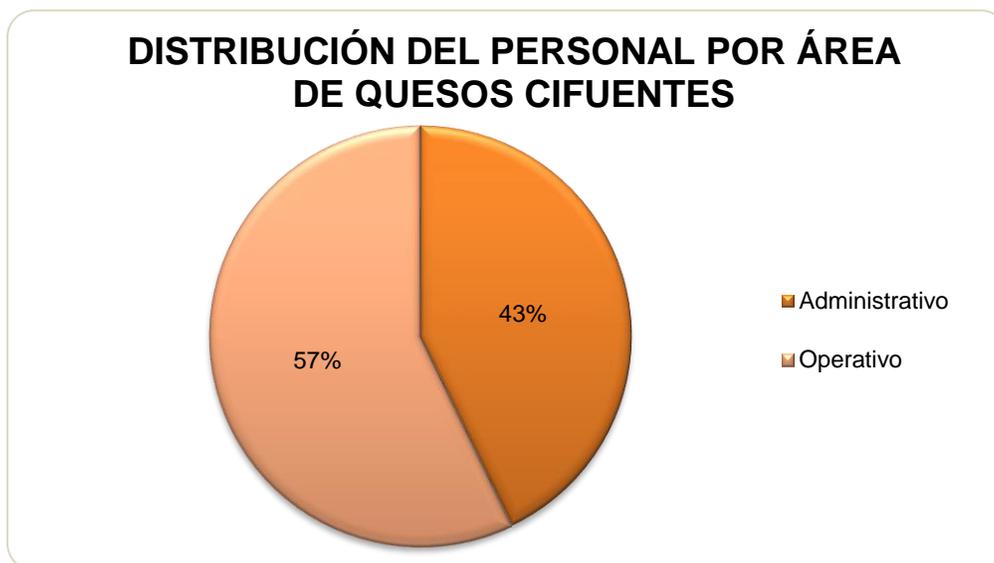
#### 4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN.

##### 4.1.1. Población Evaluada.

Se evaluó a los trabajadores del **QUESOS CIFUENTES** teniendo como base una población objeto de 7 trabajadores.

*Tabla 1. Exámenes médicos ocupacionales realizados según las áreas de la empresa.*

ÁREA O SECCIÓN	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN EXAMINADA	%
ADMINISTRATIVA			
OPERATIVA			



*Ilustración 1. Distribución por área de la empresa Quesos Cifuentes*

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 7 de 15		

#### 4.1.2. Distribución por Sexo.

Tabla 2. Distribución por sexo.

SEXO	N°	%
MUJERES		
HOMBRES		

Predomina el sexo \_\_\_\_\_ con un \_\_\_\_\_ %.



Ilustración 2. Porcentaje de distribución entre hombres y mujeres

#### 4.1.3. Distribución de la población según grupo etario.

El \_\_\_\_% de la población trabajadora de **QUESOS CIFUENTES** se encuentran en el rango de \_\_\_\_\_ años.

Tabla 3. Rango de Edad.

RANGO	CANTIDAD	%
EDAD MENOR DE 20		
EDAD 20-29		
EDAD 30-39		
EDAD 40-49		
EDAD 50 - 59		
EDAD > 60		

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>	
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b> FT-SST-007 <b>Fecha:</b> 20/04/2021 <b>Versión:</b> 001
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>		Página 8 de 15

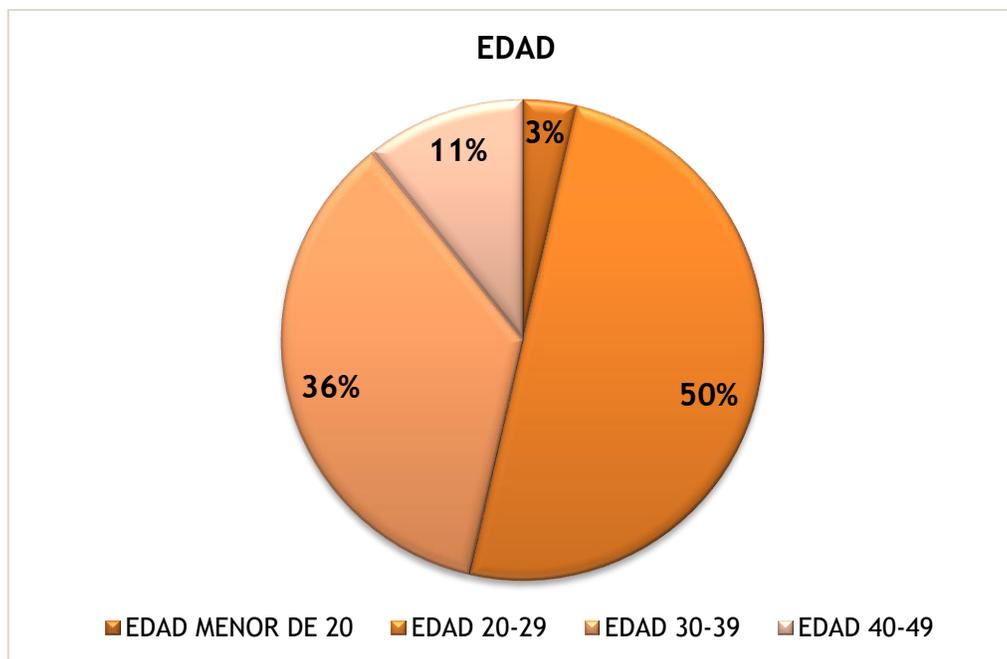


Ilustración 3. Rango de edades.

#### 4.1.4. Distribución del nivel de escolaridad de la población.

El Nivel de escolaridad, con mayor porcentaje dentro de **QUESOS CIFUENTES** corresponde a un \_\_\_\_% perteneciente al nivel de escolaridad de \_\_\_\_\_. En la siguiente tabla se muestra la información referente.

Tabla 4. Nivel de escolaridad.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	N°	%
POSGRADO		
PROFESIONAL		
SECUNDARIA COMPLETA		
SECUNDARIA INCOMPLETA		
TÉCNICO		
NO RESPONDE		

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general



**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD  
EN EL TRABAJO**

**CÓDIGO:**

FT-SST-007

**FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD  
SOCIODEMOGRÁFICO**

**Fecha:**

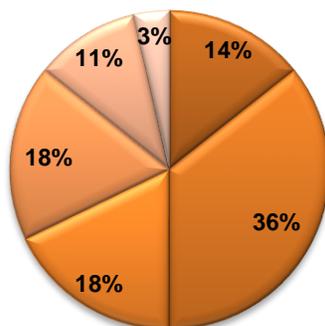
20/04/2021

**Versión:**

001

Página 9 de 15

**NIVEL DE ESCOLARIDAD**



- POSGRADO
- PROFESIONAL
- SECUNDARIA COMPLETA
- SECUNDARIA INCOMPLETA
- TECNICO
- NO RESPONDE

*Ilustración 4. Nivel de escolaridad*

<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 10 de 15		

## 5. CARACTERÍSTICAS LABORALES.

### 5.1. Distribución de la población según Cargos.

Los cargos predominantes en los evaluados fueron:

Tabla 5. Distribución por cargos.

<b>DISTRIBUCIÓN POR CARGOS</b>	<b>N°</b>
REPRESENTANTE LEGAL	
ADMINISTRADOR	
JEFE DE PRODUCCIÓN	
JEFE DE LÍNEA QUESO CAMPESINO	
JEFE DE LÍNEA QUESO DOBLE CREMA	
AUXILIARES DE PRODUCCIÓN	

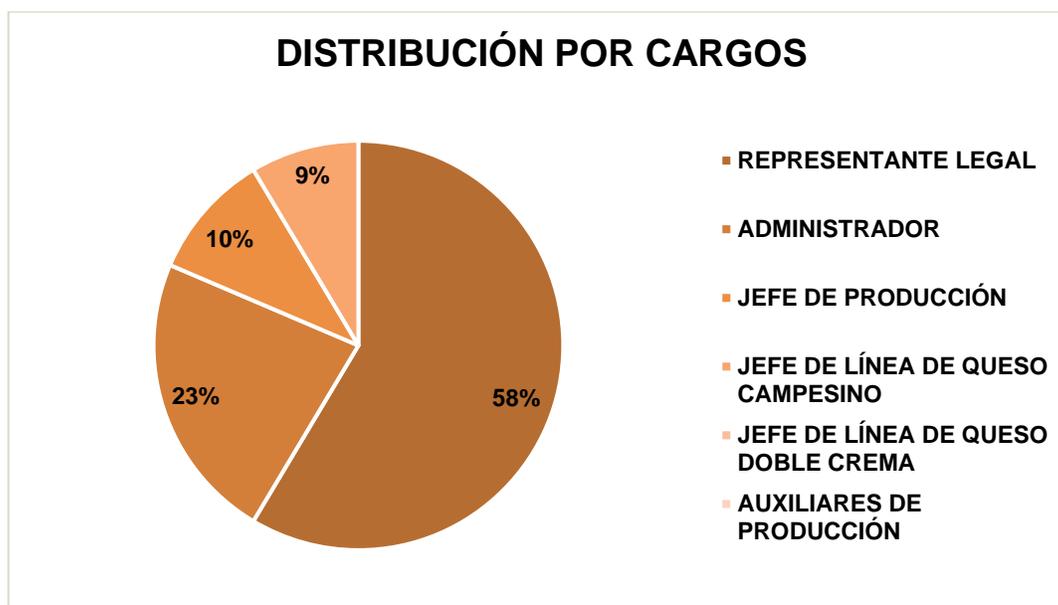


Ilustración 5. Distribución por cargos

<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
Página 11 de 15			

## 5.2. Distribución de la población por antigüedad.

El porcentaje predominante corresponde a los Trabajadores vinculados con **QUESOS CIFUENTES** desde el año 2014.

Tabla 6. Antigüedad en la empresa.

ANTIGÜEDAD	N°	%
DESDE 2014		
DESDE 2016		
DESDE 2018		
DESDE 2020		

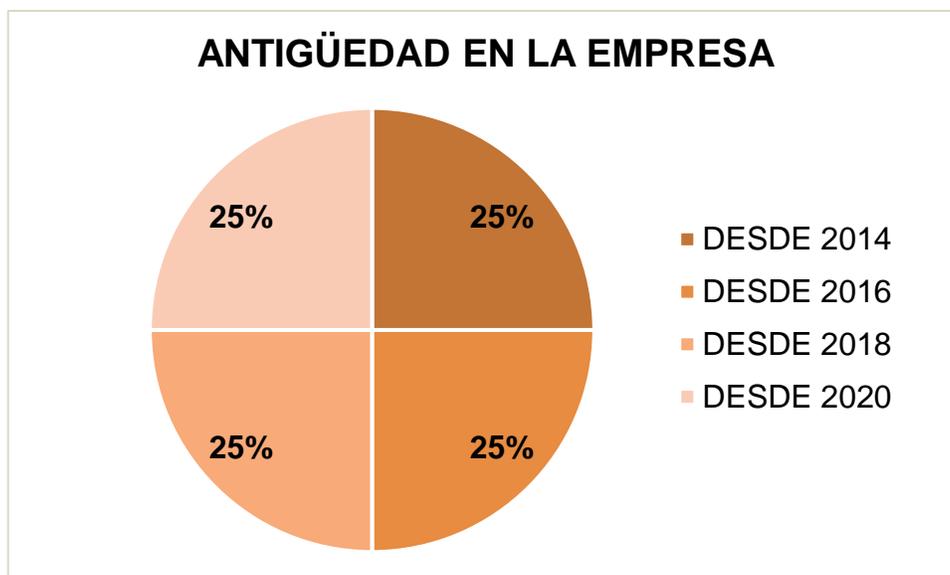


Ilustración 6. Antigüedad de trabajo en Quesos Cifuentes

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
Página 12 de 15			

## 6. HÁBITOS EXTRALABORALES.

### 6.1. Tabaquismo.

El \_\_\_\_% de las personas evaluadas refirió fumar y un \_\_\_\_ % refirió no ser fumador.

Tabla 7. Consumo de Cigarrillo.

<b>CONSUMO DE CIGARRILLO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
FUMADORES		
NO FUMADORES		
OCASIONAL		

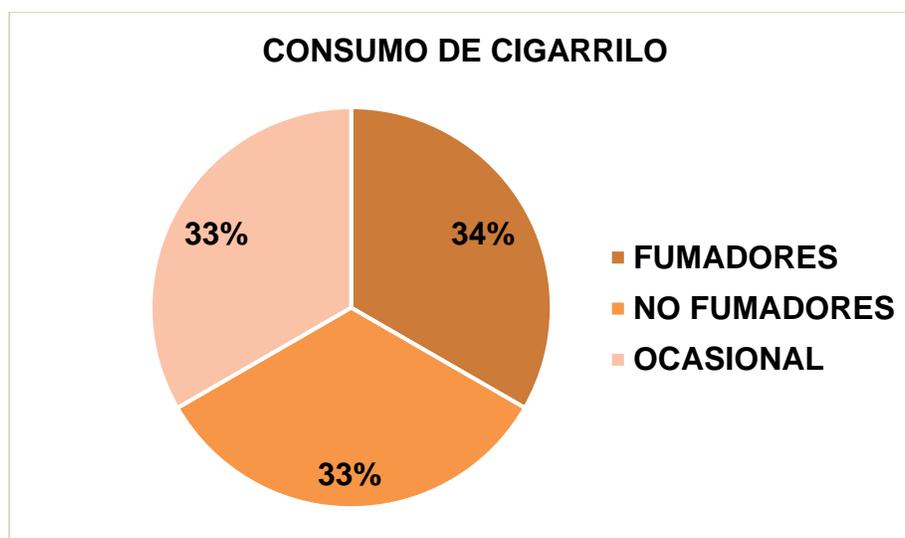


Ilustración 7. Consumo de Cigarrillo

### 6.2. Actividad Física.

El \_\_\_\_% de la población trabajadora evaluada refirió realizar algún tipo de actividad física, en forma periódica.

<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 13 de 15		

Tabla 8. Actividad física.

PRACTICA DEPORTE	N°	%
SI		
NO		

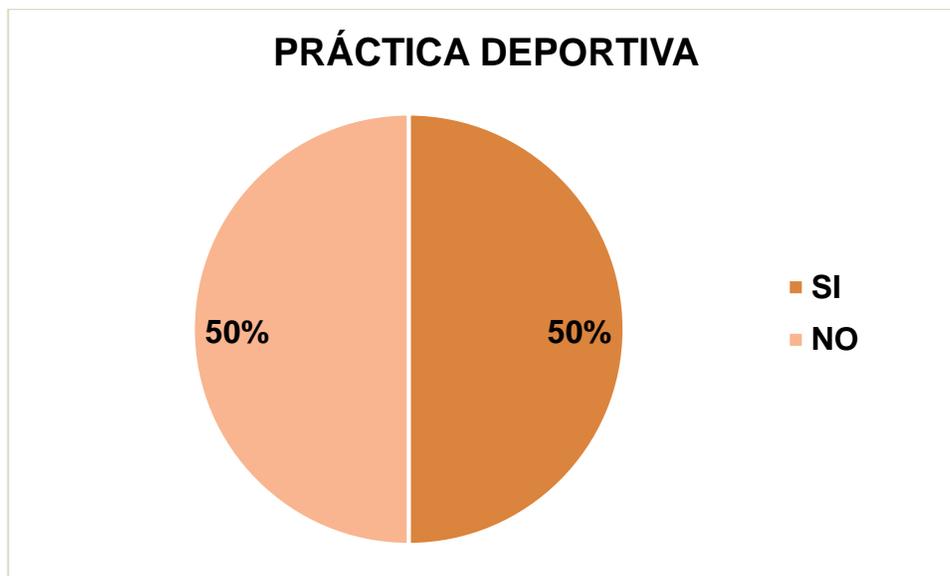


Ilustración 8. Práctica Deportiva.

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 14 de 15		

## 7. PATOLOGÍA OCUPACIONAL REPORTADA.

La patología laboral se refiere a los antecedentes de accidentalidad laboral y enfermedad de origen laboral que hayan referido los trabajadores en el último año dentro de la Empresa.

### 7.1. Enfermedad laboral reportada.

\_\_\_\_\_ se han reportado enfermedades profesionales en QUESOS CIFUENTES.

Tabla 9. Enfermedad laboral reportada

ENFERMEDAD LABORAL REPORTADA	N°
CON ENFERMEDAD	
SIN ENFERMEDAD	

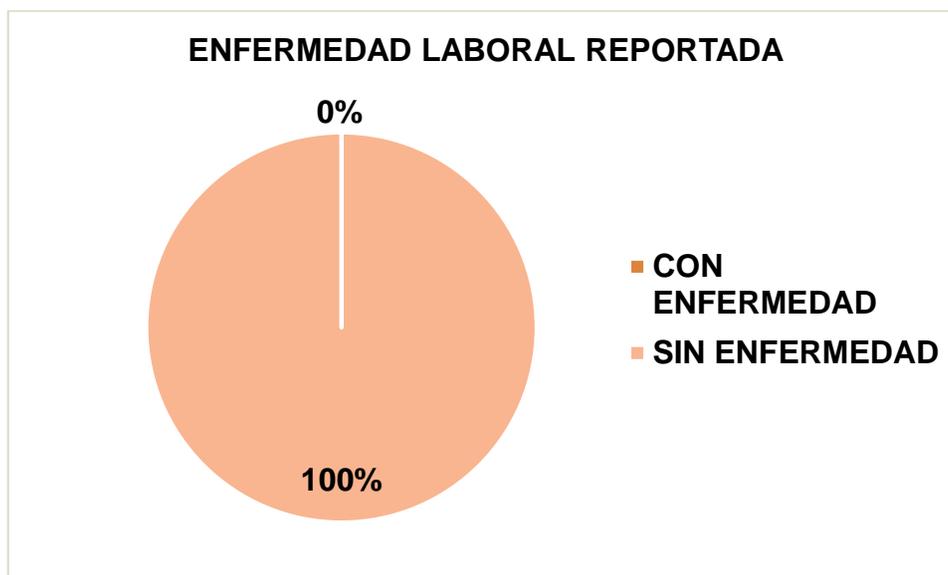


Ilustración 9. Enfermedad laboral reportada.

### 7.2. Accidentes de Trabajo.

Se presentó \_\_\_\_\_ accidente de trabajo en el periodo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 2021.

Preparado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-SST-007
<b>FORMATO DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD SOCIODEMOGRÁFICO</b>	<b>Fecha:</b>	20/04/2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 15 de 15		

Tabla 10. Accidentes de trabajo.

<b>ACCIDENTADOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
ACCIDENTADOS		
NO ACCIDENTADOS		



Ilustración 10. Accidentes de trabajo

## 8. RECOMENDACIONES.

## 9. CONTROL DE CAMBIOS

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA</b>	<b>RAZÓN DEL CAMBIO</b>
001	20/04/2021	Elaboración del documento

<b>Preparado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Asesor SST	Profesional SST Licencia N°	Gerente general

**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES****SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****Código:**

FT-SST-010

**Fecha:**20 de abril  
2021**Versión:**

001

**FORMATO SOLICITUD DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL**

Página 1 de 1

**SOLICITUD DE EXAMEN****INGRESO** **PERIÓDICO** **RETIRO** 

Ciudad y fecha:

Doctor(a):

Dirección:

Teléfono:

Favor practicar el examen de ingreso al(a) señor(a):

Identificado con la C.C.:

Cargo a desempeñar:

Fecha de Ingreso:

**Datos suministrados por el responsable de SGSST**

Actividad a desempeñar:

1. Peso a manipular  $\geq$  25 Kg

4. Espacio Confinado

2. Peso a manipular  $\leq$  25 Kg5. Trabajo alturas \_\_\_  
mts

3. Material particulado

6. Ruido

**Otros datos:**

Manipulación de Alimentos

Trabaja en computador

**NOTA IMPORTANTE:** SIN LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES QUE A CONTINUACIÓN SEÑALADOS CON UNA X POR FAVOR NO VALORAR AL PACIENTE, YA QUE SON REQUERIDOS PARA EL CARGO

Audiometría

Ácido úrico

Grupo Sanguíneo

Espirometría

Serología

Cuadro Hemático

Oftalmología

Baciloscopia

FSP

Glicemia

GOT

Prueba de

Colesterol

GPT

Esfuerzo

Triglicéridos

Fosfatasa

Electrocardiograma

Alcalina

\_\_\_\_\_  
Responsable de SST\_\_\_\_\_  
Recibido (Colaborador)

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-011
<b>FORMATO SOLICITUD DE EXAMENES PARACLÍNICOS</b>	<b>Fecha:</b>	20 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 1		

SOLICITUD DE EXAMEN PARACLÍNICOS					
<b>INGRESO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>PERIODICO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>RETIRO</b>	<input type="checkbox"/>
Ciudad y fecha:		Doctor(a):			
Dirección:		Teléfono:			
Favor practicar el examen de ingreso al(a) señor(a):					
Identificado con la C.C.:					
Cargo a Desempeñar:					
Contrato:					
Fecha de Ingreso:					
Audiometría	<input type="checkbox"/>	Ácido úrico	<input type="checkbox"/>	Grupo Sanguíneo	<input type="checkbox"/>
Espirometría	<input type="checkbox"/>	Serología	<input type="checkbox"/>	Cuadro Hemático	<input type="checkbox"/>
Oftalmología	<input type="checkbox"/>	Baciloscopia	<input type="checkbox"/>	FSP	<input type="checkbox"/>
Glicemia	<input type="checkbox"/>	GOT	<input type="checkbox"/>	Prueba de Esfuerzo	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	GPT	<input type="checkbox"/>	Electrocardiograma	<input type="checkbox"/>
Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	Fosfatasa Alcalina	<input type="checkbox"/>		
_____			_____		
Responsable de SST			Recibido (Trabajador)		

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-015
<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DE EMERGENCIAS</b>		<b>Fecha:</b>	20 de abril 2021
		<b>Versión:</b>	001
Página 1 de 1			

FORMATO DE VERIFICACIÓN DE EMERGENCIAS					
<b>NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA INSPECCION:</b> _____					
<b>FECHA:</b> _____					
N°	SISTEMAS DE SEGURIDAD EMERGENCIAS	MANTENIMIENTO REALIZADO		RESPONSABLE	OBSERVACIONES
		SI	NO		
1	Alarmas Sirenas				
2	Detectores de humo				
3	Escaleras y barandales				
4	Puertas de Emergencia				
6	Pulsadores Manuales contra incendio				
5	Señalización preventiva e informativa de Emergencia				
6	Sistema de iluminación de emergencia				
7	Sistema eléctrico				
8	Sistema Hidráulico				
9	Sistemas de comunicación interna				
10	Sistemas de Sanitarios y aguas lluvias				
<b>Firma de quien realiza la inspección:</b>					

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-029
<b>LISTA VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE SOPORTE PARA LA ASIGNACIÓN DE PERSONA QUE DISEÑA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SST</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 3		

Nombre y apellido del candidato: \_\_\_\_\_  
 Cedula: \_\_\_\_\_  
 Dirección de residencia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo: \_\_\_\_\_

1. Marque con un círculo, según corresponda:

- Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) o alguna de sus áreas: cual: \_\_\_\_\_
- Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).
- Profesional con posgrado (SST).

**Documentos de apoyo:** Entrega título profesional: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

**Verificación:** Título profesional: Identifique la institución educativa en la cual obtuvo el título profesional y verifique el perfil profesional que oferta la institución cumpla con el currículo presentado en la entrevista, tenga en cuenta las fechas de emisión del título, la ciudad e información relevante que permita comparar con los otros datos obtenidos en la entrevista.

Información relevante:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En caso de que su respuesta haya sido técnica en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) o alguna de sus áreas, diligencie la siguiente pregunta, de lo contrario pase a la siguiente numeral.

Acredite mínimo un (1) año de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Empresa 1: \_\_\_\_\_  
 Tiempo que laboro: \_\_\_\_\_  
 Contacto de la empresa: \_\_\_\_\_

**Verificación:** La persona trabajo en dicha entidad \_\_\_\_\_, ejecuto actividades relacionadas con seguridad y salud en el trabajo \_\_\_\_\_, Nombre y apellido de la persona que recibe la llamada \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_.

- Empresa 2: \_\_\_\_\_

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-029
<b>LISTA VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE SOPORTE PARA LA ASIGNACIÓN DE PERSONA QUE DISEÑA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SST</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 2 de 3		

Tiempo que laboro: \_\_\_\_\_

Contacto de la empresa: \_\_\_\_\_

**Verificación:** La persona trabajo en dicha entidad\_\_\_\_\_, ejecuto actividades relacionadas con seguridad y salud en el trabajo\_\_\_\_\_, Nombre y apellido de la persona que recibe la llamada\_\_\_\_\_, cargo\_\_\_\_\_.

**Documentos de apoyo:** Entrega certificación laboral: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

**2. licencia vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo**

- Lugar donde fue expedida la licencia de seguridad y salud en el trabajo:

\_\_\_\_\_.

- Fecha de expedición: \_\_\_\_\_.

**Documentos de apoyo:** Entrega copia de la licencia de seguridad y salud en el trabajo: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

**Verificación:** tenga en cuenta que en cumplimiento con la resolución 4502 de 2012, las licencias tienen una validez de 10 años. El certificado debe ser emitido por las Secretarías de Salud de cada departamento.

**3. Aprobación del curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas y/o actualización.**

- Entidad con la que obtuvo la certificación:

\_\_\_\_\_

- **Documentos de apoyo:** Entrega certificación del curso de las 50 horas: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

- 

- **Verificación:** verifique la entidad en la que realizo el curso de las 50 horas, sea una institución acreditada para dicha actividad.

Información relevante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES****SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****Código:**

FT-SST-029

**LISTA VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE SOPORTE PARA LA ASIGNACIÓN DE PERSONA QUE DISEÑA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SST****Fecha:**

28 de abril 2021

**Versión:**

001

Página 3 de 3

DOCUMENTOS SOPORTE	CUMPLE
Título profesional	
Licencia profesional	
Experiencia laboral (si aplica).	
Curso 50 horas.	

En caso de no cumplir con la totalidad de los tres requisitos, se procede a la cancelación del postulante, de lo contrario procede a la verificación de los demás requisitos para la contratación por parte de la empresa.

Nombre y apellido de quien hizo la verificación documental: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

Observaciones:

\_\_\_\_\_.

Fecha de verificación: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_.

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

**GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES****SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****Código:**

FT-SST-030

**FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL ESTÁNDAR 1****Fecha:**

28 de abril 2021

**Versión:**

001

Página 1 de 1

Nombre y apellido del responsable de SG-SST: \_\_\_\_\_.

Cedula: \_\_\_\_\_.

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_.

Teléfono: \_\_\_\_\_.

Correo: \_\_\_\_\_.

Licencia profesional: \_\_\_\_\_.

<b>ACTIVIDADES Y DOCUMENTOS.</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	<b>NO APLICA</b>
Técnico en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) o alguna de sus áreas: cual: _____.			
Acredite mínimo un (1) año de experiencia certificada por las empresas o entidades en las que laboró en el desarrollo de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo.			
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).			
Profesional con posgrado (SST).			
Entrega título profesional			
Entrega certificación laboral			
Entrega certificación del curso de las 50 horas y/o actualización de las 20 horas.			
Lista verificación de documentos de soporte para la asignación de persona que diseña el sistema de gestión de SST, Código FT-SST-029.			
Entrevista			
Hoja de vida			
Contrato			
Roles y responsabilidades.			
Acta responsable del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, ATC-SST-001.			
Acta de asignación del responsable del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST, ATC-SST-001.			

Nombre y apellido de quien hizo la verificación documental: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

<b>PREPARADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-031
<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL ESTÁNDAR 2</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 1		

Fecha de realización:

\_\_\_\_\_.

ACTIVIDADES Y DOCUMENTOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Actualizar y diligenciar formato listado de trabajadores dependientes y contratistas FT-SST-001.			
Abrir archivo físico con nombre y apellido de todos los colaboradores.			
Después de realizar los aportes mensuales correspondientes, solicitar a las diferentes entidades certificados de afiliación del colaborador.			

Nombre y apellido de quien hizo la verificación documental:

\_\_\_\_\_.

Cargo:

\_\_\_\_\_.

Próxima actualización para el mes de:

\_\_\_\_\_.

**Nota: es necesario que realice la verificación del presente documento, mínimo cada 3 meses.**

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-032
<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL ESTÁNDAR 3</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 1		

Fecha de realización: \_\_\_\_\_.

ACTIVIDADES Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Identifico el programa de capacitación y entrenamiento. PGR-SST-001.			
Identifico el formato cronograma de capacitación y entrenamiento FT-SST-002.			
Establecer fechas de ejecución, para el cronograma de capacitación y entrenamiento FT-SST-002.			
Identifico la capacitación que se va a realizar.			
Gestiono el responsable de la capacitación.			
Diligenciar Formato registro de asistencia. FT-SST-005, por la capacitación.			
Diligenciar Formato evaluación de inducción y reintroducción en seguridad y salud en el trabajo - SST. FT-SST-003, por cada capacitación.			

Personal Nuevo.

	cumple	No cumple	No aplica
Identificar las diapositivas para la inducción y reintroducción al personal nuevo, antes de iniciar actividades laborales.			
Diligenciar formato registro de inducción y reintroducción en seguridad y salud en el trabajo SST. FT-SST-004.			

Nombre y apellido de quien hizo la verificación documental: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

Próxima actualización para el mes de: \_\_\_\_\_.

**Nota: se recomienda realizar la verificación de este formato mínimo cada 3 meses.**

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-033
<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL ESTÁNDAR 4</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 1		

Fecha de realización: \_\_\_\_\_.

ACTIVIDADES Y DOCUMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
El Plan anual de trabajo está firmado por el empleador o contratante.			
¿El plan anual de trabajo contempla?: Objetivos, Metas, Documentos y Actividades.			
Identifica el Procedimiento para elaborar el Plan Anual de Trabajo. PRC-SST-005			
Se Establecieron fechas de cumplimiento.			
¿Se están cumpliendo las actividades y respetando las fechas?			

Nombre y apellido de quien hizo la verificación documental: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

Próxima actualización para el mes de: \_\_\_\_\_.

**Nota: se recomienda realizar la verificación de este formato mínimo cada 3 meses.**

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-034
<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL ESTÁNDAR 5</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 2		

Fecha de realización: \_\_\_\_\_.

ACTIVIDADES Y DOCUMENTOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Identifica el programa de: Medicina preventiva y del trabajo PGR-SST-003.			
Las políticas de Políticas de prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, están: firmadas, publicadas, socializadas.			
Es identificado y comunicado el programa de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. PRG-SST-008.			
Es interpretado el Programa de higiene industrial. PRG-SST-009.			
Es entendido el Procedimiento para la realización de exámenes médicos. PRC-SST-01.			
Se enviaron todos los trabajadores a realizarse los exámenes médicos, según corresponda el caso.			
Se les entrega a todos los empleados los formatos: formato solicitud de examen médico ocupacional. FT-SST-010 y el formato solicitud de exámenes paraclínicos. FT-SST-011.			
Se identifica el Profesiograma FT-SST-009.			
Se identifican los programas en los que deben ser incluidos todos los trabajadores: Programa vigilancia epidemiológica osteomuscular. PGR-SST-004: huesos y musculo. - Programa vigilancia epidemiológica conservación audiovisual. PGR-SST-005: oídos y ojos. - Programa vigilancia epidemiológica conservación auditiva PGR-SST-006: oídos. - Programa vigilancia epidemiológica riesgo psicosocial PGR-SST-007: Mental.			

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-034
<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL ESTÁNDAR 5</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 2 de 2		

Por cada empleado debe soportar:

ACTIVIDADES Y DOCUMENTOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
El colaborador presente restricciones se incluyó en el programa de vigilancia epidemiológica.			
Diligenciar FT-SST-012: identifique las recomendaciones personales y medicas de los resultados junto con las acciones que se van a establecer y el seguimiento de estas.			
Diligenciar perfil sociodemográfico. FT-SST-006 por cada colaborador.			
Diligenciar diagnostico condiciones de salud. FT-SST-007.			
Diligenciar formato de Autoreporte de condiciones de salud. FT-SST-08.			

Nombre y apellido de quien hizo la verificación documental: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

Próxima actualización para el mes de: \_\_\_\_\_.

**Nota: se recomienda realizar la verificación de este formato mínimo cada 3 meses.**

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General

	<b>GRUPO CIFUENTES S.A.S. - QUESOS CIFUENTES</b>		
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</b>	<b>Código:</b>	FT-SST-035
<b>FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL ESTÁNDAR 6</b>	<b>Fecha:</b>	28 de abril 2021	
	<b>Versión:</b>	001	
	Página 1 de 1		

Fecha de realización: \_\_\_\_\_.

ACTIVIDADES Y DOCUMENTOS.	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Identifica y comprende el Procedimiento para la identificación de peligros, valoración del riesgo y determinación de controles. PCR- SST-002.			
Se revisa y actualiza la Matriz de identificación de peligros, valoración del riesgo y determinación de controles. MAT-SST-001/GTC45.			
Comprende el Procedimiento de reporte de actos y condiciones inseguras. PRC-SST-003.			
Resliza el Formato del reporte de actos y condiciones inseguras FT-SST-021.			
Alimenta la Matriz de reporte de actos y condiciones inseguras. MAT-SST-002.			

Nombre y apellido de quien hizo la verificación documental: \_\_\_\_\_.

Cargo: \_\_\_\_\_.

Próxima actualización para el mes de: \_\_\_\_\_.

**Nota: se recomienda realizar la verificación de este formato mínimo cada 3 meses.**

PREPARADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Asesor SST	Profesional SST Lic.	Gerente General