



Fecha del Reporte		Cargo:	
Nombre de quien reporta:		Dependencia:	
Identificación:		Ubicación Funcional:	
Fecha de Ingreso:		Extensión:	
Si usted requiere una inspección de puesto de trabajo diligencie el ítem 1 o 2		EPS:	
Si usted requiere reportar un acto o condición insegura diligencie el ítem 3			

1. SOLICITUD DE INSPECCIÓN DE PUESTO DE TRABAJO SIN SINTOMAS ASOCIADOS

Descripción de la condición:

2. SOLICITUD DE INSPECCIÓN DE PUESTO DE TRABAJO CON SINTOMAS ASOCIADOS

Reporte de condición de salud para inspección de puesto de trabajo

¿Ha consultado a su EPS por estos síntomas?	SI:	NO:	OTRO:
¿Durante los últimos meses ha sido incapacitado(a) por esta causa?	SI:	NO:	OTRO:
En caso de que se encuentre en tratamiento, ¿Qué especialidad médica lo está tratando?			
¿Hace cuanto se viene presentando dichos síntomas o patologías?:			
¿Durante su jornada laboral siente que aumenta la sintomatología? ¿en que labor en específico?:			
¿Durante sus actividades de la vida diaria siente que aumenta la sintomatología? ¿En que actividad en específico?:			
¿Tiene Ud. algún hobby, o practica algún deporte, estudia? ¿Cual(es)? ¿Qué tiempo le dedica a cada uno?			

3. REPORTE DE ACTO O CONDCION INSEGURA

Acto o comportamiento inseguro		Condición de inseguridad	
---------------------------------------	--	---------------------------------	--

Sede, edificio, sitio, lugar donde se observó el comportamiento y/o condición inseguro/a

.....

Descripción de lo observado (Aclaraciones, detalles, particularidades, especificaciones, etc.)

.....

Servidor(a)es o responsable(s) de área involucrado(a)s

.....

¿Cuál considera Usted que fue la causa que generó el comportamiento y/o condición inseguro/a?

.....

Si Usted tiene alguna(s) sugerencia(s) de mejora para prevenir el comportamiento y/o condición inseguro/a reportado, por favor indíquela(s) a continuación:

.....

Firma de quien reporta:

Firma:
Nombre:
Cargo:

Firma de quien recibe reporte:

Firma:
Nombre:
Cargo: