

 <b>Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias</b>				<b>INSTITUTO DISTRITAL DE DEPORTE Y RECREACIÓN</b>			
	Proceso:		Gestión Estratégica de Talento Humano	Código:	ESGHDAYFFO - 03		
	Documento:		Formato Auto reporte Condiciones de Salud	Versión:	2.0		
	Fecha de aprobación:		17/12/2024	Página	Página 1 de 1		

**Objetivo:** Verificar las condiciones de salud de todos los trabajadores del Instituto Distrital de Deporte y Recreación de Cartagena – IDER, mediante el diligenciamiento de un auto reporte de salud. Lo anterior con el fin de determinar la necesidad de realizar un examen médico ocupacional.

**DATOS PERSONALES**

Nombres y apellidos			Fecha diligenciamiento	dd/mm/aaaa	
Número de identificación		Cargo			
Tipo de vinculación		Cliente			

CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	DESCRIPCIÓN
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente? (describir brevemente)			
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (describir brevemente)			
¿En los últimos tres (3) meses ha presentado sintomatología que haya afectado sus condiciones de salud? (describir brevemente)			
¿Actualmente se encuentra en algún tratamiento médico? (describir brevemente)			
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (describir brevemente las causas de la incapacidad)			
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (describir brevemente las causas de la incapacidad)			

**Declaración:** La persona que diligenció este formato expresa mediante su firma que se le ha explicado y ha comprendido el objetivo del diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud. Así mismo, expresa que se le aclararon las dudas con respecto a su diligenciamiento.

Acepto el diligenciamiento del auto reporte de condiciones de salud: **SI**  **NO**

Firma del trabajador:		Cédula:
-----------------------	--	---------

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

**FIRMA RESPONSABLE DEL SG-SST**

**LIDER DE PROCESO QUE COORDINA EXAMENES MÉDICOS:** \_\_\_\_\_

**CARGO:** \_\_\_\_\_