|  |
| --- |
| 1. **DATOS PERSONALES**
 |
| **FECHA ACTUAL RPT:** |  |
| **ANTERIOR RPT:** |  |
| **NOMBRES:** |  |
| **DEPENDENCIA:** |  |
| **CARGO:** |  |
| **EXTENSIÓN** |  |
| **UBICACIÓN EN LA EMPRESA:** |  |
| **OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN:** |  |
| **ANTECEDENTES DE SALUD:** |  |
| **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** |  |
| **TIPO DE INSPECCIÓN:** |  |

1. **CONDICIONES ACTUALES DEL PUESTO DE TRABAJO**

| **ÍTEM** | **HALLAZGO** | **REGISTRO FOTOGRÁFICO** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ACCIONES DE CONTROL / RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta que las actividades propias del cargo …

| **ÍTEM** | **RECOMENDACIONES** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Elaborado por:

**MARIA JIMENA MORENO LEON**

Gestor de Salud Ocupacional

Universidad de los Andes.