Fecha: Solicitada por:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. TIPO DE INSPECCIÓN** | | | | | | | |
| **Psicosocial** (competencias, aptitudes, entrenamiento) |  | **Ergonómica** |  | **Higiene y Seguridad Industrial** |  | **Otra** |  |

|  |
| --- |
| **2. OBJETIVO** |
| Identificar las condiciones: |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. METODOLOGÍA** (seleccionar) | |
| Observación directa al área y puestos de trabajo |  |
| Entrevista personalizada con trabajador (es) |  |
| Registro fotográfico |  |
| Otra (mediciones, métodos de evaluación específicos, etc.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. DATOS GENERALES:** | | |
| Área/Dependencia: | | Teléfono: |
| Nombre funcionario(s):  1.  2.  3. | Cédula(s): | Edad(años): |
| Cargo:  1.  2.  3. | | |
| Nombre del Jefe inmediato: | | |

|  |
| --- |
| **5. PROCESO DE TRABAJO** |
| Descripción de actividades: |
| Condiciones organizacionales temporales: |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. REGISTRO FOTOGRÁFICO Y DESCRIPCIÓN DEL PUESTO O ÁREA DE TRABAJO** | |
| Imagen | Descripción |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **7. CONDICIÓN ACTUAL:** |
|  |

|  |
| --- |
| **8. RECOMENDACIONES:** |
| * Para la empresa: * Para el servidor público/trabajador: |

Firma Vo.Bo.

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

Profesional Evaluador Alejandra María Plaza Pérez

Nombre: Profesional Universitario