

PLAN NACIONAL MULTIMODAL 2024

**Comunidad Nacional de
Conocimiento y acción en:**

**ADMINISTRACIÓN DE
LOS SG-S.S.T. - ALISSTA®**

**El cuidado de sí
suma a tu vida**

Sesión 8: Soluciones Virtuales en S.S.T – Alissta[®]

GESTIÓN AUTORREPORTE CONDICIONES DE SALUD

Una forma ágil, sencilla y segura de administrar tú SG-SST

Experto Líder:

Andrés Leonardo Tovar Rivera

Perfil Profesional:

Ingeniero industrial especialista en Gerencia de Seguridad y Salud en el Trabajo y Alta Dirección en Seguros, con el propósito de optimizar procesos con el aprovechamiento de las Tecnologías de la Información llevándolos a la agilidad y sencillez. Con más de 20 años de experiencia en Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.



andres.leonardo@positiva.gov.co



+ 57 316 253 07 57



Ruta del conocimiento



Evaluémonos



“LA PREOCUPACIÓN POR **EL HOMBRE** Y
SU **SEGURIDAD** SIEMPRE DEBE SER EL
INTERÉS PRINCIPAL DE TODOS **LOS**
ESFUERZOS.”

ALBERT EINSTEIN



Objetivo General

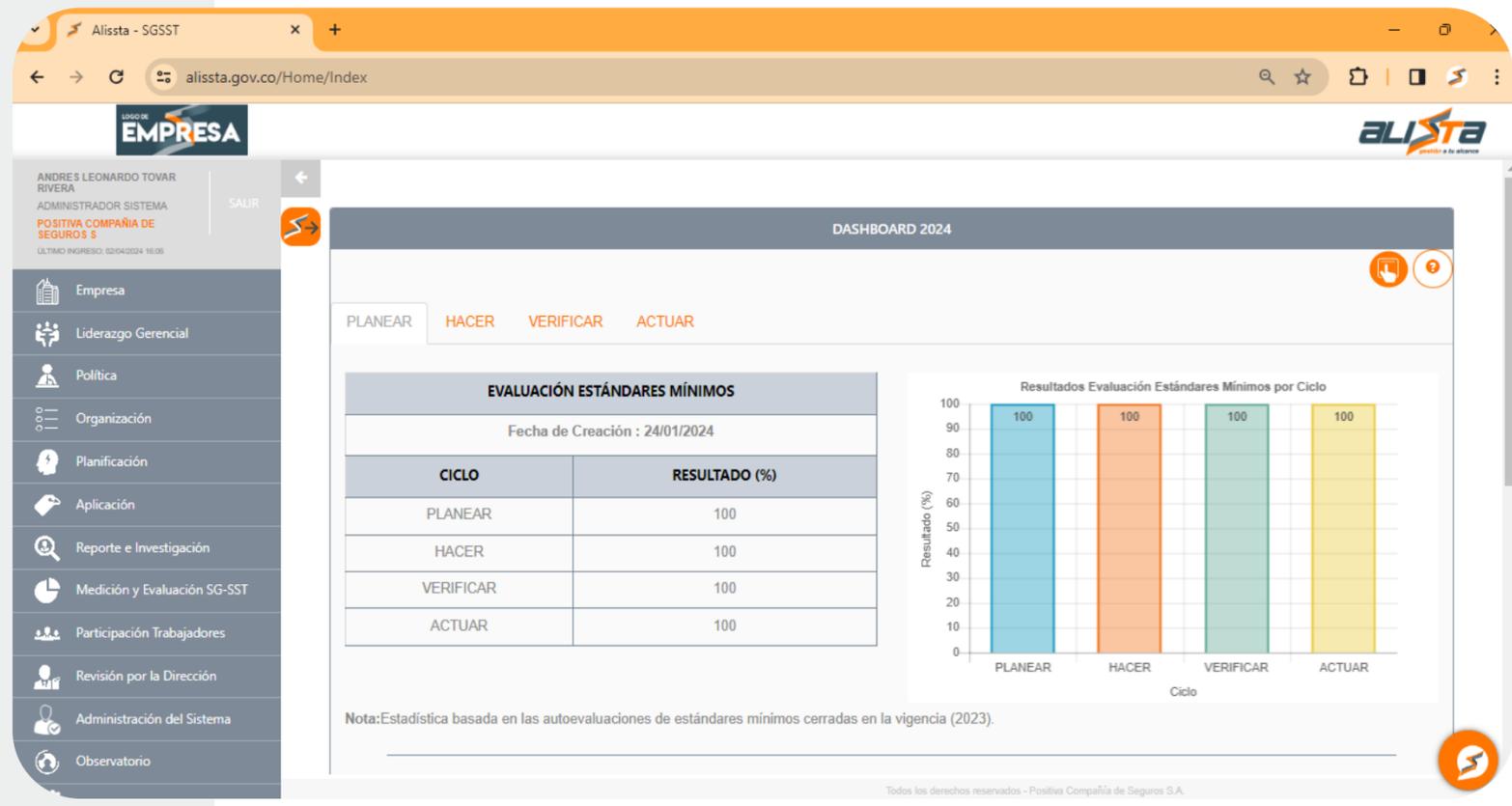
Entregar a las empresas y sus responsables de SST **agilidad**, **sencillez** y **seguridad** para la **administración** del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST con el aprovechamiento de las Tecnologías de la Información.



Versión Ambiente Web

Dirigido al equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo “SST” de la empresa

www.alissta.gov.co

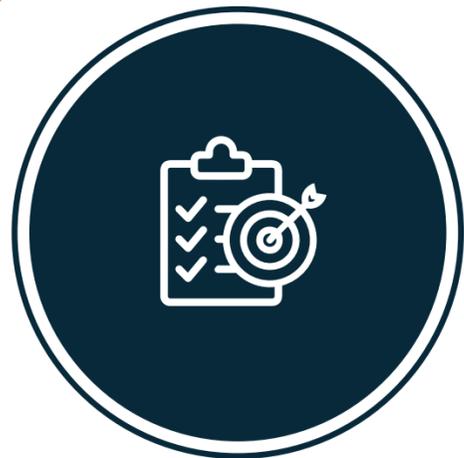


Versión Ambiente Móvil

Dirigido a todos los trabajadores de la empresa



Objetivos Específicos



Apoyar el proceso de **Evaluaciones Médico Ocupacionales** de la empresa.



Fomentar la **toma de conciencia** en SST en los trabajadores de la empresa



Aportar a la reducción de la **huella de carbono**.
Eliminando el uso del **papel**.



Datos que generen **información** para **toma de decisiones** en SST.



Autorreporte Condiciones de Salud

El empleador o contratante debe facilitar mecanismos para el **autorreporte** de **condiciones** de trabajo y de **salud** por parte de los trabajadores o contratistas; esta información la debe utilizar como insumo para la **actualización** de las condiciones de **seguridad y salud en el trabajo**.





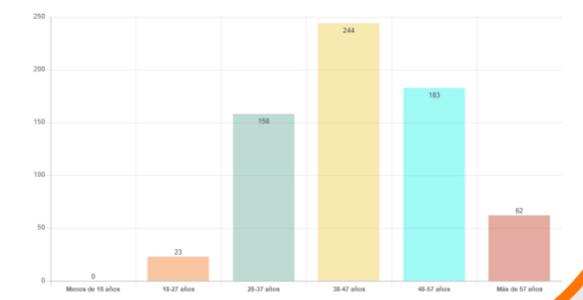
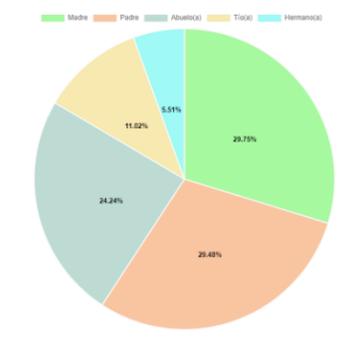
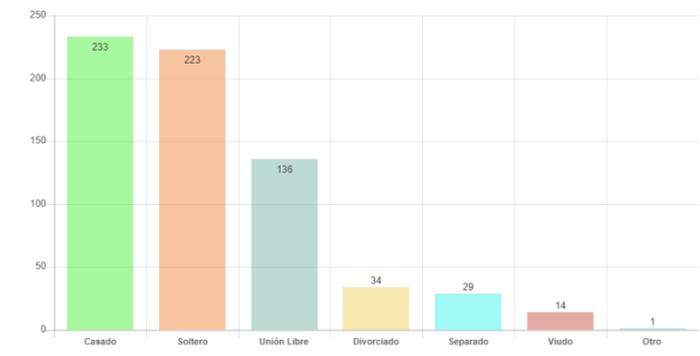
PLANIFICACIÓN

- IDENTIFICACIÓN PELIGROS, EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGOS
- PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y REPUESTA ANTE EMERGENCIAS
- DX. GRAL. CONDICIONES DE SALUD
- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
- AUSENTISMO LABORAL
- REQUISITOS LEGALES Y OTROS
- EVALUACIÓN SG_SST
- OBJETIVOS SST
- PLAN DE TRABAJO ANUAL SG-SST

AUTORREPORTE CONDICIONES DE SALUD



- ✓ Soporte las campañas de promoción de la salud en sus trabajadores.
- ✓ Cada trabajador reporta sus riesgos asociados a la salud en línea a la empresa.
- ✓ Estadistas de: **1. Perfil sociodemográfico, 2. hábitos, 3. antecedentes de salud, 4. enfermedades crónicas no transmisibles, 5. cuidado del hogar y tiempo libre.**



¿Cómo lo hacemos?

Autorreporte Condiciones de Salud



Autenticarnos en el Sistema Información



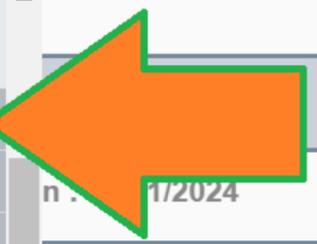
CICLO	RESULTADO (%)
PLANEAR	100
HACER	100
VERIFICAR	100
ACTUAR	100

Ingresamos al Menú Gestión Autorreporte de Salud

The screenshot shows the 'DASHBOARD 2024' interface. On the left, a navigation menu is open, highlighting 'Planificación'. The main content area shows a table with the following data:

RESULTADO (%)
100
100
100
100

Below the table, a bar chart titled 'Resultados Evaluación Estándares Mínimos por Ciclo' shows 100% results for all four cycles: PLANEAR, HACER, VERIFICAR, and ACTUAR.



Creamos la Convocatoria AutorrepORTE



Nueva Aplicación de Convocatoria x Nueva pestaña x | +

alissta.gov.co/AutoreporteDxSalud/NuevoAutoreporteDeSalud

LOGO DE EMPRESA

ALISTA gestión a tu alcance

ANDRES LEONARDO TOVAR RIVERA
ADMINISTRADOR SISTEMA
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S
ÚLTIMO INGRESO: 04/10/2024 11:23

SALIR

←

→

NUEVA CONVOCATORIA AUTORREPORTE

Nombre de la Convocatoria

Vigencia*

Cuestionarios

Hábitos Antecedentes de Salud Enfermedades crónicas no transmisibles

Actividad física Cuidado del Hogar y Tiempo Libre

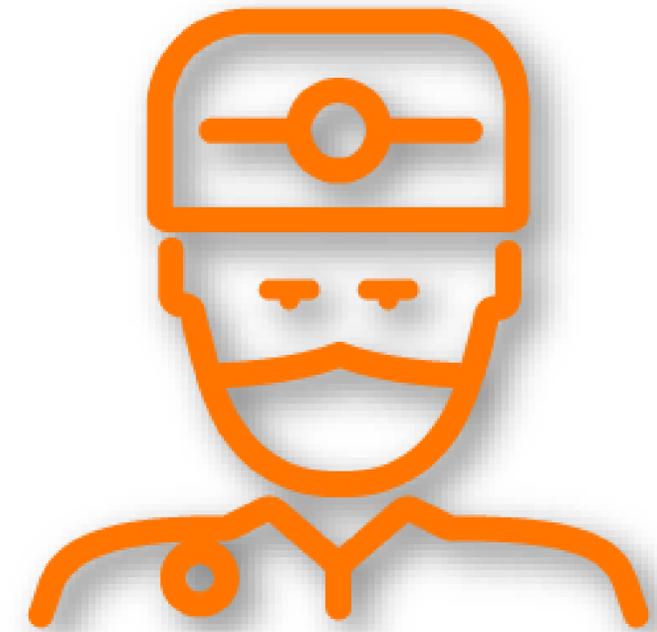
Nota: El cuestionario de Perfil Sociodemográfico - Datos Generales, el sistema lo incluye por defecto en todas las convocatorias



Puntos Claves

Tipo de Cuestionarios

- ④ Selección cuestionarios autorreporte:
 - ④ Perfil Sociodemográfico (*Por defecto*)
 - ④ Hábitos
 - ④ Antecedentes de Salud
 - ④ Enfermedades crónicas no transmisibles
 - ④ Actividad física
 - ④ Cuidado en el hogar y Tiempo libre



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS**

Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. es muy importante la protección y el manejo del Consentimiento Informado junto con los datos Personales y Sensibles de nuestros clientes, es por eso que POSITIVA ha diseñado políticas y procedimientos que se encuentran publicados en nuestro sitio web para su consulta de acuerdo con el marco normativo establecido en la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1072 de 2015: [Positiva.gov.co](http://positiva.gov.co); que junto con este **CONSENTIMIENTO INFORMADO** nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Declaro haber sido plenamente informado sobre el proceso de identificación de las condiciones de Salud a través del autorreporte como insumo del SG-SST de la empresa, en cumplimiento del artículo 2.2.4.6.10 del Decreto 1072 de 2015. La metodología consiste en el autorreporte por parte de cada trabajador convocado por la empresa en los siguientes cuestionarios (a) hábitos (b) antecedentes de salud (c) enfermedades crónicas no transmisibles (d) actividad física (e) cuidado del hogar y tiempo libre. Los resultados obtenidos se presentarán en informes descriptivos y estadísticos de la población participante. Mi participación en esta evaluación es estrictamente voluntaria; es decir que yo puedo libremente decidir participar en el proceso o rehusarme a hacerlo, sin que esta decisión represente ningún perjuicio para mi persona. Me han informado que puedo formular las preguntas sobre el proceso de evaluación, en cualquier momento. En el evento que se requiera podrá ser contactado por vía telefónica o correo electrónico.

DATOS PERSONALES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: (a) autorización de servicio. (b) selección de riesgos. (c) elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. (d) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. (e) La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. (f) Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (g) archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. (h) el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

DATOS SENSIBLES: Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y declaro que he sido enterado que la siguiente información es considerada como Dato Sensible: estado de salud, valoración preanestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley; mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumplimiento de sus deberes legales.

DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL: Con base en la información que me han suministrado sobre el proceso del AUTORREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD, declaro libremente que he leído y entendido completamente lo referente al mismo (objetivos, metodología, tratamiento de la información, informes de resultados, participación voluntaria). De igual manera declaro que conozco mi derecho a formular las preguntas que me surjan antes, durante y/o después del proceso de evaluación, con el fin de aclarar lo pertinente; Además de actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis Datos Personales y Datos Sensibles, y los demás derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., a la dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72, Bogotá; correo electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co Teléfono: 6502200 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país. Contacto: Oficial de Habeas Data / Jefe Oficina de Estrategia y Desarrollo.

NO ACEPTO ACEPTO

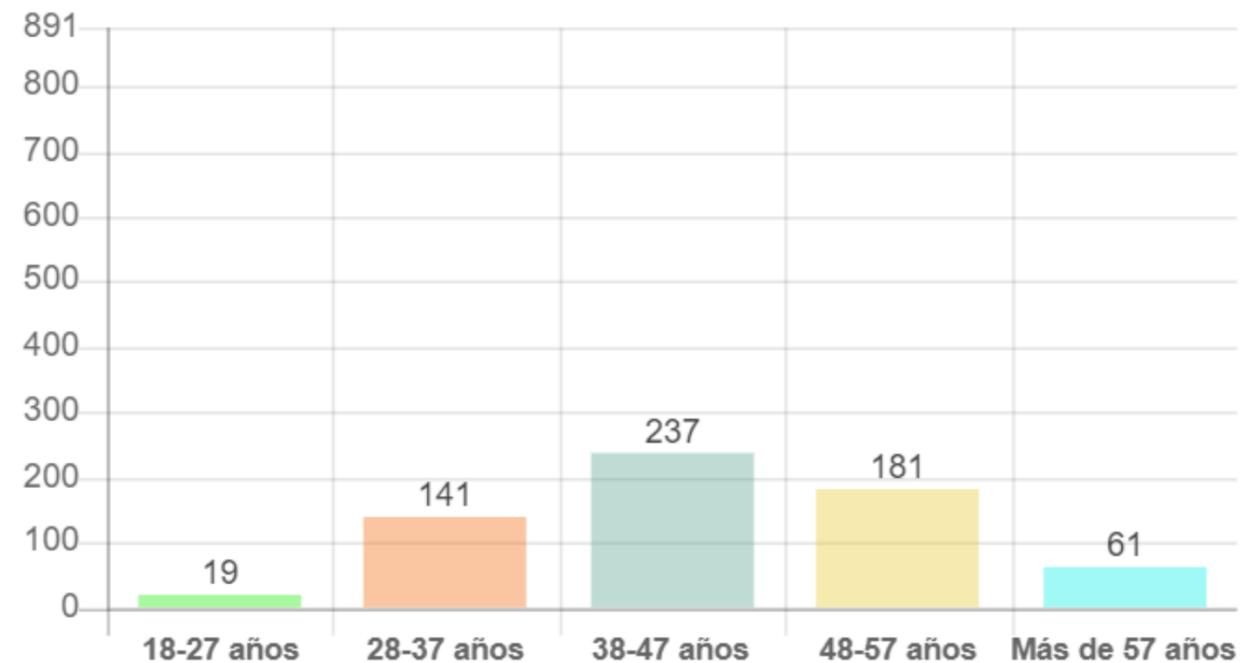
- ✓ Invitación personal a través de correo electrónico del trabajador
- ✓ Consentimiento informado y Autorización Tratamiento de Datos.

Gráficas Comparativas (Entre Vigencias)

Datos Generales

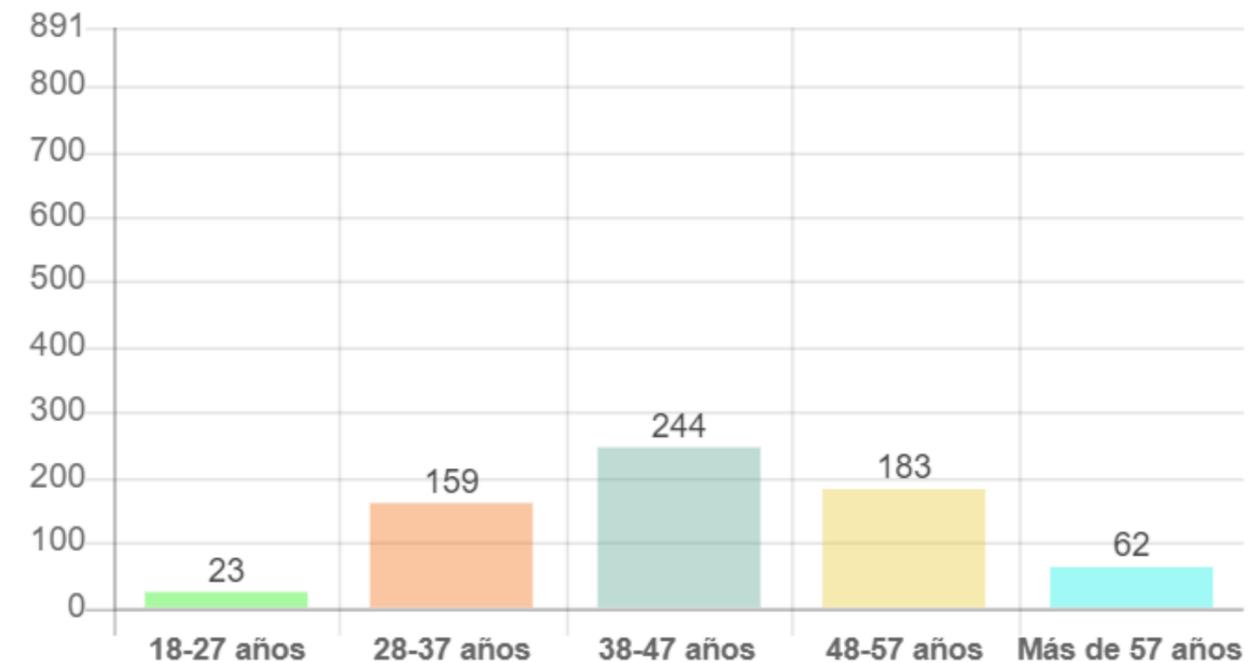
Sede Global año 2022

Grupo Etario



Sede Global año 2021

Grupo Etario



Distintos Cuestionarios

Datos Generales

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

SEDE:

Cuestionario Hábitos

¿Consumo de cigarrillo?

A diario Semanal Quincenal Mensual Bimestral Nunca ha consumido No responde

Cuestionario de Actividad Física

Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. ¿cuál diría usted que describe mejor su actividad principal?

Sentado la mayor parte del tiempo
 De pie la mayor parte de la jornada, sin grandes desplazamientos, ni esfuerzos
 Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes
 Trabajos pesados, tareas que requieren gran esfuerzo físico
 No sabe / No responde

PARTE 1: ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON EL TRABAJO

¿Tiene usted actualmente algún trabajo o hace algún trabajo no pago fuera de su casa?

Si No

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A TODAS LAS ACTIVIDADES FÍSICAS QUE USTED HIZO EN LOS ÚLTIMOS SIETE (7) DÍAS COMO PARTE DE SU TRABAJO PAGO O NO PAGO. ESTO NO INCLUYE IR Y VENIR DEL TRABAJO.

Durante los últimos siete (7) días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas vigorosas como levantar objetos pesados, excavar, construcción pesada, o subir escaleras como parte de su trabajo?. Piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos diez (10) minutos continuos.

Días por semana Ninguna actividad física relacionada con el trabajo No sabe / No está seguro(a)

¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas vigorosas en uno de esos días que las realiza como parte de su trabajo?.

Minutos por día No sabe / No está seguro(a)

Nuevamente, piense solamente en esas actividades que usted hizo por lo menos diez (10) minutos continuos. Durante los últimos siete (7) días, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas como cargar cosas ligeras como parte de su trabajo?. Por favor no incluya caminar.

Días por semana No realice actividad física moderada relacionada con el trabajo

¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas moderadas, en uno de esos días que la realiza como parte de su trabajo?

Minutos por día No sabe / No está seguro(a)

Cuestionario Antecedentes de Salud

¿Tiene usted algún familiar que padezca o haya padecido enfermedad cerebrovascular (derrame cerebral), presión arterial elevada, diabetes (azúcar en la sangre), enfermedad coronaria (arterias del corazón tapadas), cáncer o dislipidemia (grasa o colesterol en la sangre)?

SI NO No Sabe

Si la respuesta anterior fue SI, Seleccione la o las enfermedades que padezca o haya padecido su familiar, Padre, Madre, Hermano(a), Tío(a) y/o Abuelo(a).

	ENFERMEDAD	FAMILIAR
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cerebrovascular	--Seleccione--
<input type="checkbox"/>	Hipertensión	
<input type="checkbox"/>	Diabetes (azúcar en la sangre)	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad coronaria	
<input type="checkbox"/>	Cáncer	
<input type="checkbox"/>	Dislipidemia	

Cuestionario de Enfermedades no transmisibles

¿Se ha tomado la tensión (arterial) alguna vez durante el último año?

SI NO No Sabe / No Responde

Cuando le tomaron la tensión arterial, ¿cómo le dijeron que la tenía?

Alta Baja Normal No Sabe / No Responde

Cuestionario Cuidado en el Hogar y Tiempo Libre

TRABAJO DE LA CASA, DEL MANTENIMIENTO DE LA CASA Y DEL CUIDADO DE LA FAMILIA.

Las siguientes preguntas hacen referencia a la forma como usted ha realizado actividades físicas en los últimos siete (7) días en su casa; tal como jardinería, trabajo en el césped, actividades general de mantenimiento y el cuidado de su familia.

¿Asiste o ha asistido a alguna de las siguientes actividades físicas en su casa o patio?

¿cuántos días hizo usted actividades físicas vigorosas tal como levantar objetos pesados, mantenimiento eléctrico, pintura, reparaciones, cortar madera, o excavar en el jardín o patio?

Días por semana Ninguna actividad física vigorosa en el jardín o patio

Usualmente, ¿cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas vigorosas de mantenimiento/reparaciones o en el jardín/patio?

Minutos por día No sabe / No está seguro(a)

Nuevamente, piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos diez (10) minutos continuos. Durante los últimos siete (7) días, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos, reparaciones livianas, barrer, lavar ventanas y rastrillar en el jardín o patio?

Días por semana Ninguna actividad física moderada en el jardín o patio

Usualmente, ¿cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas de reparación, mantenimiento o en el jardín/patio?

Minutos por día No sabe / No está seguro(a)

Una vez más, piense únicamente acerca de esas actividades físicas que hizo por lo menos diez (10) minutos continuos. Durante los últimos siete (7) días, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos al realizar mantenimiento, reparaciones, lavar ventanas, estregar pisos, barrer dentro de su casa?

Días por semana Ninguna actividad física moderada dentro de la casa

Usualmente, ¿cuánto tiempo dedica usted en unos de esos días haciendo actividades físicas moderadas dentro de su casa?

Minutos por día No sabe / No está seguro(a)



Recuerda nuestros canales de acompañamiento



Horario de atención

Lunes a viernes
8:00 A.M. A 12:00 M.
1:00 P.M. A 5:00 P.M.

VIBILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Líneas de atención

Nivel Nacional
018000413535

Bogotá
(601) 241 55 22



Chat en línea



Línea de Whatsapp

(+57) 310 382 93 76

Bibliografía

-  <https://www.who.int/es>
-  <https://www.positiva.gov.co/web/guest/envivo>
-  <https://www.mintrabajo.gov.co/web/guest/inicio>
-  <https://posipedia.com.co/comunidades/accion-en-la-administracion-de-los-sgsst-alissta/>
-  <https://alissta.gov.co/>
-  <https://www.mintrabajo.gov.co/relaciones-laborales/riesgos-laborales/sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>



Evaluémonos





¿Preguntas?



Recuerda que POSITIVA tiene para ti:

Posipedia

<https://posipedia.com.co/> 



Cursos virtuales



Artículos



Audios



Juegos digitales



OVAS



Guías



Mailings



Videos

POR MUCHAS CONEXIONES MÁS

Andrés

Despierta todos los días seguro y feliz, porque permanece informado de las noticias y actividades nuevas en SST con su comunidad educativa Positiva Educa en WhatsApp.



1

Escanea el Código QR con tu celular.



2

Síguenos y entérate de todas las actualizaciones de nuestro Plan Nacional de Educación.



3

¡Recuerda!

El canal lo encuentras en la pestaña de Novedades de tu Whatsapp



¡SIGUENOS EN NUESTRA COMUNIDAD EDUCATIVA!



Escanea el código
QR con tu celular