|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSPECCION DE PUESTO DE TRABAJO** | | | | |
| **DATOS DE IDENTIFICACION DE LA EMPRESA** | | | | |
| **RAZON SOCIAL:** | | Superintendencia de Industria y Comercio | | |
| **NIT:** | | 800176089 | | |
| **PROFESIONAL EN SST** | |  | | |
| **Ciudad:** | |  | | |
| **DIRECCION** | |  | | |
| **DATOS DE IDENTIFICACION DEL SERVIDOR PUBLICO** | | | | |
| **NOMBRE:** |  | | **CEDULA** |  |
| **SEDE:** |  | | **FECHA:** |  |
| **SINTOMATOLOGIA O DIAGNOSTICO MEDICO** | | |  | |
| **REGISTRO FOTOGRÁFICO** | | | | |
|  | | | | |
| **ACTIVIDADES Y TAREAS DESARROLLADAS:** | | | | |
|  | | | | |
| **REPORTE SITUACION ENCONTRADA:** | | | | |
|  | | | | |
| **RECOMENDACIONES PARA EL SERVIDOR** | | | | |
|  | | | | |
| **RECOMENDACIONES PARA LA ENTIDAD** | | | | |
|  | | | | |
| **RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| EJECUCIÓN DE PAUSAS ACTIVAS | | | | |
|  | | | | |
| **PAUSAS VISUALES** | | | | |
|  | | | | |

**ASESORADO POR:**

**XXXXXXXXX**

(Profesión)

(Resolución y fecha de la misma)

**ARL**