


# 

|  |   |               |              |                      |
|--|---|---------------|--------------|----------------------|
|   | NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: MiEmpresaPrueba                                  |               |              |                      |
|  | SUCURSAL  | NIT           | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO            |
|  | SucursalNorte   | 12345         | ANTIOQUIA    | MEDELLIN             |
|  | SECTOR ECONÓMICO:   | DIRECCIÓN:    |              | NUMERO DE CONTACTO : |
|  | 0111 Cultivo de cereales (excepto arroz), legumbres y semillas oleaginosas. | Av 1 calle 13 |              | 04241111             |
| JORNADA LABORAL  |   | SI            | NO           | OBSERVACIONES        |
| ¿Consideras adecuada la distribución de:   |   | X             |              |                      |
| ¿El Horario de trabajo?  |   | X             |              |                      |
| ¿De los turnos?  |   | X             |              |                      |
| ¿De las horas de descanso?   |   |               | X            |                      |
| ¿De las horas extra?   |   |               | X            |                      |
| ¿El número y la duración total de las pausas dentro de la jornada laboral son suficientes?   |   |               | X            |                      |
| INFORMACIÓN GENERAL  |   | SI            | NO           | OBSERVACIONES        |
| ¿Esta constituido el COPASST en la empresa?  |   |               |              |                      |
| ¿El COPASST conoce las estadísticas de ausentismo, accidente de trabajo y enfermedades profesionales?  |   |               |              |                      |
| ¿Se reúnen de acuerdo a lo establecido en las normas?  |   |               |              |                      |
| ¿Se realizan exámenes médicos pre empleo, periódicos y post empleo?  |   |               |              |                      |
| ¿Se informa al trabajador de los resultados de los exámenes médicos?   |   |               |              |                      |
| SUPERFICIE DE TRABAJO / ESPACIO  |   | SI            | NO           | OBSERVACIONES        |
| ¿La disposición del puesto de trabajo le permite trabajar sentado y alternar posturas?   |   |               |              |                      |
| ¿ Es el ancho de la superficie de trabajo apropiada, de manera que los accesorios o herramientas puedan ser ubicados a un fácil alcance y visualización? |   |               |              |                      |
| ¿ La profundidad de la Superficie de Trabajo es la apropiada, de forma tal que el monitor y el teclado se ubican frente a usted?                         |   |               |              |                      |
| ¿ La superficie de trabajo es confortable con respecto a sus dimensiones?  |   |               |              |                      |

|  |           |           |                      |
|--|-----------|-----------|----------------------|
| ¿ debajo de su escritorio el área es suficientemente amplia para acomodar sus piernas?   |           |           |                      |
| ¿El puesto de trabajo cuenta con suficiente espacio para realizar movimientos libremente?  |           |           |                      |
| ¿Existen corredores libres entre los puestos de trabajo?   |           |           |                      |
| ¿Hay objetos, muebles, equipos que dificulten la utilización del espacio libre del puesto de trabajo?                                    |           |           |                      |
| ¿Las piezas, documentos, objetos, herramientas, equipos u otros están dispuestos en forma organizada que facilita su utilización?        |           |           |                      |
| ¿ La Superficie de Trabajo es de material mate, para prevenir reflejos?  |           |           |                      |
| <b>SUPERFICIE DEL ASIENTO</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ la altura del asiento es ajustable, de tal manera que permite graduar una altura confortable de trabajo?                               |           |           |                      |
| ¿ la altura superficie del asiento es apropiada, de tal manera que el ancho y la profundidad le permiten alojarse confortablemente?      |           |           |                      |
| ¿ la inclinación del asiento es ajustable?, ¿ le permite inclinarse hacia adelante o hacia atrás según su conveniencia?                  |           |           |                      |
| ¿ El borde frontal del asiento es redondeado?, De manera que evite la presión sobre la parte posterior de la rodilla ?                   |           |           |                      |
| ¿ Es el asiento confortable en su totalidad?   |           |           |                      |
| <b>MONITOR</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Puede ajustar fácilmente la altura del monitor?  |           |           |                      |
| ¿ Puede ajustar fácilmente la distancia horizontal de ubicación del monitor?   |           |           |                      |
| ¿ Puede ajustar fácilmente la inclinación de la pantalla del Monitor?  |           |           |                      |
| ¿ Puede ajustar fácilmente la rotación a izquierda o derecha del monitor?  |           |           |                      |
| <b>ESPALDAR DE LA SILLA</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Puede ajustar fácilmente el espaldar para obtener un apoyo lumbar apropiado?   |           |           |                      |
| ¿ Puede ajustar la profundidad del asiento?  |           |           |                      |
| ¿ Es el espaldar de la silla confortable en su totalidad?  |           |           |                      |
| <b>CONDICIONES ERGONÓMICAS PARA LOS BRAZOS</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Puede trabajar con una postura adecuada de la cabeza, de tal manera que no produzca estrés en el cuello o en los hombros?              |           |           |                      |
| ¿ Usted puede trabajar con la cabeza orientada hacia el frente del plano del pecho, de tal manera que la rotación del cuello sea mínima? |           |           |                      |
| ¿ Puede trabajar con una posición confortable de sus brazos?   |           |           |                      |
| ¿ Puede trabajar con una posición cómoda de los codos?   |           |           |                      |

|  |           |           |                      |
|--|-----------|-----------|----------------------|
| ¿ Puede trabajar con una postura neutral de los hombros?   |           |           |                      |
| ¿ Puede trabajar con una postura neutral de las muñecas?   |           |           |                      |
| ¿ Son mínimas las actividades que requieren extensión del tronco y brazos?   |           |           |                      |
| <b>CONDICIONES ERGONÓMICAS PARA PIERNAS Y PIES</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Puede apoyar los pies de manera confortable?   |           |           |                      |
| ¿ Al estar en posición sedente siente las rodillas en una posición confortable?  |           |           |                      |
| ¿ Esta libre de obstrucciones o puntos de presión molestos en sus piernas?   |           |           |                      |
| ¿ Usted tiene un apoya pies disponible?  |           |           |                      |
| ¿ Puede ajustar fácilmente la altura del apoya pies?   |           |           |                      |
| ¿ Puede ajustar la inclinación del apoya pies?   |           |           |                      |
| <b>SOPORTE PARA LOS BRAZOS Y MANOS</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Usted dispone de algún tipo de apoyabrazos en la silla ?   |           |           |                      |
| ¿ Usted dispone de algún tipo de apoyabrazos en la silla ?   |           |           |                      |
| ¿ La persona tiene disponible algún tipo de soporte para sus manos al momento de hacer uso del teclado?, (apoya muñecas) |           |           |                      |
| ¿ Tiene disponible un mouse pad o almohadilla para el mouse?   |           |           |                      |
| <b>TECLADO</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Es posible ajustar el ángulo de inclinación?   |           |           |                      |
| ¿ Es posible ajustar la altura del teclado?  |           |           |                      |
| ¿ Es confortable la presión del teclado?   |           |           |                      |
| <b>MOUSE</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Es confortable la Forma y la activación de los botones del dispositivo?  |           |           |                      |
| ¿ El Mouse es operativo sin necesidad de extender el brazo hacia adelante o hacia el costado del cuerpo de la persona?   |           |           |                      |
| <b>ILUMINACIÓN</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ La iluminación en el área del monitor es suficiente?   |           |           |                      |
| ¿ Está el monitor ubicado de tal manera que la iluminación de ventanas o lámparas no crean reflejos en la pantalla?      |           |           |                      |
| ¿ Existe deslumbramiento por visión directa a la fuente de luz?  |           |           |                      |
| ¿ Se emplea algún método para evitar la luz directa de las ventanas?   |           |           |                      |
| ¿ Las lámparas fundidas son sustituidas rápidamente?   |           |           |                      |
| <b>TEMPERATURA</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Se siente confortable con la temperatura del ambiente de trabajo?  |           |           |                      |
| ¿ Se siente en confort con el frío que genera el aire acondicionado?   |           |           |                      |

|   |           |           |                      |
|---|-----------|-----------|----------------------|
| ¿ Se siente cómodo con la temperatura cuando el aire no está operativo?   |           |           |                      |
| ¿ Se siente bien con la temperatura de la superficie de objetos con los que debe tener contacto durante la jornada?   |           |           |                      |
| ¿ Existen altos niveles de humedad?   |           |           |                      |
| <b>VIBRACIÓN</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ El equipo de trabajo está libre de vibraciones generadas por el uso del mismo?  |           |           |                      |
| ¿ ha sido eliminada cualquier fuente de vibración en el área de trabajo?  |           |           |                      |
| <b>RUIDO (en caso de que no exista ruido significativo abstenerse de responder)</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿El nivel de sonido que se genera habitualmente, permite la conversación entre sus compañeros de trabajo sin un esfuerzo significativo o molestia?  |           |           |                      |
| ¿Existe un ruido constante procedente del exterior, y sin embargo esto le permite concentrarse?   |           |           |                      |
| ¿Existe un ruido molesto y constante generado por los compañeros de trabajo, y sin embargo esto le permite concentrarse?  |           |           |                      |
| <b>VENTILACIÓN</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ La circulación de aire fresco es adecuada?  |           |           |                      |
| <b>FATIGA FÍSICA</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Se le permite tomar descansos frecuentes?   |           |           |                      |
| ¿ Usted realiza pausas activas durante la jornada laboral?  |           |           |                      |
| ¿ los esfuerzos realizados están de acuerdo a su capacidad física?  |           |           |                      |
| ¿ los esfuerzos realizados están de acuerdo a su entrenamiento?   |           |           |                      |
| ¿ Le es posible manipular aquellos objetos que requieran ser levantados cerca del cuerpo, de manera que evite la extensión de los brazos, doblarse o girar el torso para su manipulación? |           |           |                      |
| <b>VISIÓN</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Usted puede ver el texto en el monitor sin necesidad de inclinar la cabeza hacia atrás?   |           |           |                      |
| ¿ Los colores y el tamaño de las letras e imágenes del monitor, son fáciles de ver o leer?  |           |           |                      |
| <b>CAPACITACIÓN E INFORMACIÓN</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Se le ha capacitado respecto a temas de Seguridad y Salud en el Trabajo?  |           |           |                      |
| ¿Se realizan simulacros de evacuación?  |           |           |                      |
| ¿La empresa cumple con las señalizaciones de rutas de evacuación?   |           |           |                      |
| ¿Conoce el plan de evacuación?  |           |           |                      |

|   |           |           |                      |
|---|-----------|-----------|----------------------|
| ¿Tiene conocimiento de cuales son los puntos de reunión después de una evacuación?                  |           |           |                      |
| ¿Se capacita al personal sobre el uso correcto de los equipos?                                      |           |           |                      |
| ¿Conoce donde están ubicados los extintores?  |           |           |                      |
| ¿Conoce donde están ubicadas las tomas de manguera para incendio?                                   |           |           |                      |
| ¿Hay botiquín de Primeros Auxilios suficientemente dotado y revisado periódicamente?                |           |           |                      |
| ¿Se ha conformado la brigada de emergencia?   |           |           |                      |
| <b>DAÑOS A LA SALUD</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿Se le ha informado sobre las posibles Enfermedades Ocupacionales detectadas en la Empresa?         |           |           |                      |
| ¿Está enterado de los accidentes de trabajo ocurridos en el último año?                             |           |           |                      |
| ¿La Empresa informa por escrito o por medio de charlas a los trabajadores de los riesgos presentes? |           |           |                      |
| ¿Se miden y controlan los niveles de contaminación existentes en los puestos de trabajo?            |           |           |                      |
| Ante las Enfermedades Ocupacionales ¿Se efectúa un estudio de las causas que las originan?          |           |           |                      |
| Ante los Accidentes Laborales ¿Se realiza la investigación del evento?                              |           |           |                      |
| <b>ASPECTOS PSICOSOCIALES</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿ Usted tiene algún tipo de control sobre el proceso de trabajo?                                    |           |           |                      |
| ¿Los Programas a utilizar en sus tareas diarias son fáciles de utilizar?                            |           |           |                      |
| ¿Se le ha entrenado para utilizar el software?  |           |           |                      |
| ¿ Existe buena comunicación con su supervisor?  |           |           |                      |
| <b>OTRAS CONDICIONES</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| ¿Las instalaciones usadas para la alimentación son apropiadas?                                      |           |           |                      |
| ¿Se encuentran en estado óptimo de limpieza?  |           |           |                      |
| ¿Su ubicación es alejada de depósitos y de áreas que posean riesgo de contaminación?                |           |           |                      |
| ¿Los espacios sanitarios son adecuados?   |           |           |                      |
| ¿Existen filtros de agua potable en la empresa?   |           |           |                      |
| ¿Posee la empresa áreas para el descanso y la recreación?   |           |           |                      |
| ¿Existe señalización?   |           |           |                      |
| ¿En las instalaciones sanitarias se mantiene el orden y limpieza?                                   |           |           |                      |
| <b>TOTAL DE CONDICIONES</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |

|                                       |                      |   |   |
|---------------------------------------|----------------------|---|---|
| Sumatoria del total de respuestas     | 3                    | 3 | El porcentaje de riesgo indican condiciones de trabajo que pueden estar asociadas a alto riesgo de lesión o enfermedad es de: 50% |
| EVALUADO POR: Supervisor de Seguridad |                      |   | VIGÍA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:   |
|                                       |                      |   |   |
| FECHA DE EMISIÓN :                    | FECHA DE APROBACIÓN: |   | REPRESENTANTE PATRONAL:   |
| 03-05-2017                            |                      |   |   |

**Porcentaje de riesgo**

