Fecha de diligenciamiento de la encuesta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre(s) y apellido(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. De cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Labor que desempeña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de vinculación con la empresa: Vinculación directa: \_\_\_\_\_\_ Contrato: \_\_\_\_\_\_

**Marque con una X:**

**1. EDAD 2. ESTADO CIVIL**

a. 18 – 27 años a. Soltero (a)

b. 28 – 37 años b. Casado (a) /Unión libre

c. 38 \_ 47 años c. Separado (a) /Divorciado

d. 48 años o más d. Viudo (a)

**3. SEXO 4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO**

a. Hombre a. Ninguna

b. Mujer b. 1 – 3 personas

c. 4 – 6 personas

d. Más de 6 personas

**5. NIVEL DE ESCOLARIDAD 6. TENENCIA DE VIVIENDA**

a. Primaria a. Propia

b. Secundaria b. Arrendada

c. Técnico / Tecnólogo c. Familiar

d. Universitario d. Compartida con otra(s) familia(s)

e. Ninguna

**7. USO DEL TIEMPO LIBRE 8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)**

a. Otro trabajo a. Mínimo Legal (S.M.L.)

b. Labores domésticas b. Entre 1 a 3 S.M.L.

c. Recreación y deporte c. Entre 4 a 6 S.M.L.

d. Estudio d. Más de 7 S.M.L.

e. Otro \_\_ Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

f. Ninguno

**9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA 10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL**

a. Menos de 1 año a. Menos de 1 año

b. De 1 a 5 años b. De 1 a 5 años

c. De 5 a 10 años c. De 5 a 10 años

d. De 10 a 15 años d. De 10 a 15 años

e. Más de 15 años e. Más de 15 años

**11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES 12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA**

**DE SALUD REALIZADAS POR LA ENFERMEDAD**

**EMPRESA**

a Exámenes médicos. a. Si \_\_\_ Cuál ?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Exámenes de laboratorio b. No

c. Salud Oral y otros

d. Vacunación

e. Ninguna

**13.** **CONSUME BEBIDAS 14. PRACTICA ALGUN DEPORTE**

**ALCOHOLICAS**

a. Si a. Si

Frecuencia Cuál ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Semanal Frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Quincenal

\_\_\_ Mensual b. No

\_\_\_ Ocasional

b. No

**15. FUMA**

a. Si Promedio diario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. No

**16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS (6) MESES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SINTOMA** | **SI** | **NO** | **EXPLIQUE** |
| Dolor de cabeza |  |  |  |
| Dolor de cuello, espalda y cintura |  |  |  |
| Dolores musculares |  |  |  |
| Dificultad para algún movimiento |  |  |  |
| Tos frecuente |  |  |  |
| Dificultad respiratoria |  |  |  |
| Gastritis, ulcera |  |  |  |
| Otras alteraciones del funcionamiento digestivo |  |  |  |
| Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia) |  |  |  |
| Dificultad para concentrarse |  |  |  |
| Mal genio |  |  |  |
| Nerviosismo |  |  |  |
| Cansancio mental |  |  |  |
| Palpitaciones |  |  |  |
| Dolor en el pecho (angina) |  |  |  |
| Cambios visuales |  |  |  |
| Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual |  |  |  |
| Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos |  |  |  |
| Dificultad para oír |  |  |  |
| Sensación permanente de cansancio |  |  |  |
| Alteraciones en la piel |  |  |  |
| Otras alteraciones no anotadas |  |  |  |

**17. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONADOS:**

**NIVEL ADMINISTRATIVO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONDICION** | **SI** | **NO** | **POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES** |
| ¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo? |  |  |  |
| ¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto? |  |  |  |
| ¿Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada? |  |  |  |
| ¿La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias? |  |  |  |
| ¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente? |  |  |  |
| ¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud? |  |  |  |
| ¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, trasformadores defectuosos? |  |  |  |
| ¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados? |  |  |  |
| ¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos? |  |  |  |
| ¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo? |  |  |  |
| ¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza? |  |  |  |
| ¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas? |  |  |  |
| ¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida? |  |  |  |
| ¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura? |  |  |  |
| ¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada? |  |  |  |
| ¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de “normal”? |  |  |  |
| ¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas? |  |  |  |
| ¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos? |  |  |  |
| ¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo? |  |  |  |
| ¿La empresa cuenta con agua potable? |  |  |  |
| ¿Existe buen manejo de basuras y desechos? |  |  |  |

**18. ¿HA TENIDO COVID-19?**

a. Si

b. No

**19. ¿CUENTA CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO CONTRA EL COVID-19?**

a. Si

b. No

**POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS**

**¿USTED NOS PERMITE HACER USO DE ESTA INFORMACIÓN PARA ESTABLECER LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE SU SALUD?**

a. Si

b. No

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**C.C.**