

Version: 01

Fecha: diciembre 27 de 2019

Fecha de diligenciamiento de la encuesta:	___/___/___
Nombre(s) y apellido(s):	
No. de documento de identidad:	
Labor que desempeña:	
Tipo de vinculación con la empresa:	Vinculación directa: _____ Contrato: _____

Marque con una X:

1. EDAD

- a. 18 – 27 años
- b. 28 – 37 años
- c. 38 _ 47 años
- d. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a) /Unión libre
- c. Separado (a) /Divorciado
- d. Viudo (a)

3. SEXO

- a. Hombre
- b. Mujer

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- b. 1 – 3 personas
- c. 4 – 6 personas
- d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Ninguna

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- c. Recreación y deporte
- d. Estudio
- e. Otro __Cuál? _____
- f. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 6 S.M.L.
- d. Más de 7 S.M.L.

Version: 01

Fecha: diciembre 27 de 2019

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Exámenes médicos.
- b. Exámenes de laboratorio
- c. Salud Oral y otros
- d. Vacunación
- e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. ¿Si ____Cuál ? : _____
- b. No

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- a. Si
- Frecuencia
- ____ Semanal
- ____ Quincenal
- ____ Mensual
- ____ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. Si
- Cuál ? _____
- Frecuencia _____

b. No

b. No

15. FUMA

- a. Si
- b. No

Promedio diario: _____

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			

Version: 01

Fecha: diciembre 27 de 2019

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
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,			

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
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?			