

Anexo 4. Encuestas diligenciadas

Tabla 6 Encuesta sociodemográfica y de morbilidad sentida

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA - EMPRESA BLINK SPA			
BOGOTA D.C.	CODIGO	COD.2018-1	
FECHA: 06-03-2018	VERSION	V.01	
CARGO: <i>Directora General</i>			
Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.			
1. EDAD		2. SEXO	
A.	18 - 25 AÑOS	A.	HOMBRE
<input checked="" type="checkbox"/>	26 - 34 AÑOS	<input checked="" type="checkbox"/>	MUJER
C.	35 - 41 AÑOS		
D.	42 - 50 AÑOS		
E.	51 AÑOS O MAS		
3. ESTADO CIVIL		4. NUM. PERSONAS A CARGO	
A.	SOLTERO (A)	<input checked="" type="checkbox"/>	NINGUNA
B.	CASADO (A)	B.	1
<input checked="" type="checkbox"/>	UNION LIBRE SEPARADO/	C.	DE 2 - 3 PERSONAS
D.	DIVORCIADO (A)	D.	3 - 5 PERSONAS
E.	VIUDO (A)	E.	6 Ó MAS PERSONAS

<p>5. NIVEL DE ESCOLARIDAD</p> <p>A. PRIMARIA</p> <p>B. SECUNDARIA</p> <p>C. TÉCNICO/TECNÓLOGO</p> <p>D. UNIVERSITARIO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ESPECIALISTA/MAESTRO</p>	<p>6. TENENCIA DE VIVIENDA</p> <p>A. PROPIA</p> <p>B. ARRENDADA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FAMILIAR</p> <p>D. COMPARTIDA CON OTROS</p>
<p>7. PROMEDIO DE INGRESOS</p> <p>SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE</p> <p>A. (S.M.L.V.)</p> <p>B. ENTRE 1 A 3 S.M.L.V.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ENTRE 4 A 5 S.M.L.V.</p> <p>D. ENTRE 5 A 6 S.M.L.V.</p> <p>E. 7 Ó MAS S.M.L.V.</p>	<p>8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</p> <p>A. MENOS DE 3 MESES</p> <p>B. DE 3 - 6 MESES</p> <p>C. DE 6 MESES A 1 AÑO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 1 - 3 AÑOS</p> <p>E. MAYOR DE 3 AÑOS</p>
<p>9. ANTIGÜEDAD EN EL</p> <p>CARGO ACTUAL</p> <p>A. MENOS DE 3 MESES</p> <p>B. DE 3 - 6 MESES</p> <p>C. DE 6 MESES A 1 AÑO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 1 - 3 AÑOS</p> <p>E. MAYOR DE 3 AÑOS</p>	<p>10. TIPO DE CONTRATO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> INDEFINIDO</p> <p>B. FIJO</p> <p>C. PRESTACION DE SERVICIOS</p> <p>D. OBRA/LABOR</p> <p>E. ESTUDIANTIL</p>
<p>11. USO DE TIEMPO LIBRE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OTRO TRABAJO</p> <p>B. LABORES DOMÉSTICAS</p> <p>C. RECREACIÓN Y/O</p>	<p>12. TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR A</p> <p>SU CASA</p> <p>A. MENOS DE 30 MIN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 30 MIN A 1 HORA</p> <p>C. DE 1 - 2 HORAS</p>

DEPORTE		
D. ESTUDIO	D. MAS DE 2 HORAS	
E. NINGUNO		
13. LE HAN DIAGNOSTICADO		14. FUMA
ALGUNA ENFERMEDAD		
A. SI	A. NO	
<input checked="" type="checkbox"/> NO	B. 1 VEZ AL DIA	
CAUSA: _____	<input checked="" type="checkbox"/> DE 2 A 4 VECES AL DIA	
	D. 5 Ó MAS VECES AL DIA	
15. CONSUME BEBIDAS		16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
ALCOHOLICAS		
A. NO	A. SI	
B. SEMANAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
C. QUINCENAL	CUAL: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL	FRECUENCIA: _____	
E. OCASIONALMENTE		

17. INDIQUE POR FAVOR QUE MOLESTIAS HA PRESENTADO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS 6 MESES:

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>		Por la noche en el PC
Dolor de cuello, espalda y cintura	<input checked="" type="checkbox"/>		Por la noche al leer
Dolores musculares		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad para algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Tos frecuente		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/>	

Gastritis, úlcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual	X		ardor visual
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

18. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		

Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?		X	
Está expuesto rayos X o a elementos radioactivos?		X	
Realiza trabajos con soldadura?		X	
Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?		X	
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, transformadores defectuosos?		X	

Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen espacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?		<input checked="" type="checkbox"/>	
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Si está a cargo de alguna máquina o herramienta, tiene los mandos dispuestos de tal manera que no necesite realizar movimientos forzados para accionarlo?		<input checked="" type="checkbox"/>	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Su labor le exige levantar y transportar cargas?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		<input checked="" type="checkbox"/>	
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	<input checked="" type="checkbox"/>		

Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	X		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	X		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		X	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?		X	
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?		X	
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?	X		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

Tabla 6 Encuesta sociodemográfica y de morbilidad sentida

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA - EMPRESA BLINK SPA		
BOGOTA D.C.	CODIGO	COD.2018-1
FECHA: 06-03-2018	VERSIÓN	V.01
CARGO: <i>Asistente Dirección</i>		
<p>Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.</p>		
1. EDAD <input checked="" type="checkbox"/> 18 - 25 AÑOS <input type="checkbox"/> B. 26 - 34 AÑOS <input type="checkbox"/> C. 35 - 41 AÑOS <input type="checkbox"/> D. 42 - 50 AÑOS <input type="checkbox"/> E. 51 AÑOS O MAS		2. SEXO <input type="checkbox"/> A. HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> MUJER
3. ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> A. SOLTERO (A) <input checked="" type="checkbox"/> B. CASADO (A) <input type="checkbox"/> C. UNION LIBRE SEPARADO/ <input type="checkbox"/> D. DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> E. VIUDO (A)		4. NUM. PERSONAS A CARGO <input type="checkbox"/> A. NINGUNA <input checked="" type="checkbox"/> B. 1 <input type="checkbox"/> C. DE 2 - 3 PERSONAS <input type="checkbox"/> D. 3 - 5 PERSONAS <input type="checkbox"/> E. 6 Ó MAS PERSONAS

<p>5. NIVEL DE ESCOLARIDAD</p> <p>A. PRIMARIA</p> <p>B. SECUNDARIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICO/TECNÓLOGO</p> <p>D. UNIVERSITARIO</p> <p>E. ESPECIALISTA/MAESTRO</p>	<p>6. TENENCIA DE VIVIENDA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PROPIA</p> <p>B. ARRENDADA</p> <p>C. FAMILIAR</p> <p>D. COMPARTIDA CON OTROS</p>
<p>7. PROMEDIO DE INGRESOS</p> <p>SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE</p> <p>(S.M.L.V.)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ENTRE 1 A 3 S.M.L.V.</p> <p>C. ENTRE 4 A 5 S.M.L.V.</p> <p>D. ENTRE 5 A 6 S.M.L.V.</p> <p>E. 7 Ó MAS S.M.L.V.</p>	<p>8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</p> <p>A. MENOS DE 3 MESES</p> <p>B. DE 3 - 6 MESES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 6 MESES A 1 AÑO</p> <p>D. DE 1 - 3 AÑOS</p> <p>E. MAYOR DE 3 AÑOS</p>
<p>9. ANTIGÜEDAD EN EL</p> <p>CARGO ACTUAL</p> <p>A. MENOS DE 3 MESES</p> <p>B. DE 3 - 6 MESES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 6 MESES A 1 AÑO</p> <p>D. DE 1 - 3 AÑOS</p> <p>E. MAYOR DE 3 AÑOS</p>	<p>10. TIPO DE CONTRATO</p> <p>A. INDEFINIDO</p> <p>B. FIJO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PRESTACION DE SERVICIOS</p> <p>D. OBRA/LABOR</p> <p>E. ESTUDIANTIL</p>
<p>11. USO DE TIEMPO LIBRE</p> <p>A. OTRO TRABAJO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> LABORES DOMÉSTICAS</p> <p>C. RECREACIÓN Y/O</p>	<p>12. TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR A SU CASA</p> <p>A. MENOS DE 30 MIN</p> <p>B. DE 30 MIN A 1 HORA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 1 - 2 HORAS</p>

DEPORTE		
D. ESTUDIO	D. MAS DE 2 HORAS	
E. NINGUNO		
13. LE HAN DIAGNOSTICADO		
ALGUNA ENFERMEDAD		14. FUMA
A. SI	A. NO	
<input checked="" type="checkbox"/> B. NO	B. 1 VEZ AL DIA	
CAUSA: _____	C. DE 2 A 4 VECES AL DIA	
	<input checked="" type="checkbox"/> D. 5 Ó MAS VECES AL DIA	
15. CONSUME BEBIDAS		16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
ALCOHOLICAS		
A. NO	A. SI	
B. SEMANAL	<input checked="" type="checkbox"/> B. NO	
C. QUINCENAL	CUAL: _____	
D. MENSUAL	FRECUENCIA: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> E. OCASIONALMENTE		

17. INDIQUE POR FAVOR QUE MOLESTIAS HA PRESENTADO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS 6 MESES:

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>		A veces, sobrecarga laboral
Dolor de cuello, espalda y cintura		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dolores musculares		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad para algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Tos frecuente		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/>	

Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental	X		Horas extras
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o discomfort visual	X		si, A veces Horas extras
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

18. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		

Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?		X	
Está expuesto rayos X o a elementos radioactivos?		X	
Realiza trabajos con soldadura?		X	
Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		si, Por inventarios
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?	X		si, Por inventarios
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, transformadores defectuosos?		X	

Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas?		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?		X	
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
Si está a cargo de alguna máquina o herramienta, tiene los mandos dispuestos de tal manera que no necesite realizar movimientos forzados para accionarlo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		X	
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		

Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?		X	No hay un control
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?		X	la mayoría de veces hago hrs. extras
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	X		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	X		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		por los mentarcos
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?		X	
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?		X	
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?	X		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

Tabla 6 Encuesta sociodemográfica y de morbilidad sentida

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA		
- EMPRESA BLINK SPA		
BOGOTA D.C.	CODIGO	COD.2018-1
FECHA: 06-03-2018	VERSIÓN	V.01
CARGO: <i>Aux. Administrativo</i>		
<p>Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.</p>		
1. EDAD		2. SEXO
<input checked="" type="checkbox"/> A. 18 - 25 AÑOS	<input checked="" type="checkbox"/> HOMBRE	
B. 26 - 34 AÑOS	B. MUJER	
C. 35 - 41 AÑOS		
D. 42 - 50 AÑOS		
E. 51 AÑOS O MAS		
3. ESTADO CIVIL		4. NUM. PERSONAS A CARGO
<input checked="" type="checkbox"/> A. SOLTERO (A)	A. NINGUNA	
B. CASADO (A)	B. 1	
C. UNION LIBRE	<input checked="" type="checkbox"/> DE 2 - 3 PERSONAS	
SEPARADO/		
D. DIVORCIADO (A)	D. 3 - 5 PERSONAS	
E. VIUDO (A)	E. 6 Ó MAS PERSONAS	

<p>5. NIVEL DE ESCOLARIDAD</p> <p>A. PRIMARIA</p> <p>B. SECUNDARIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICO/TECNÓLOGO</p> <p>D. UNIVERSITARIO</p> <p>E. ESPECIALISTA/MAESTRO</p>	<p>6. TENENCIA DE VIVIENDA</p> <p>A. PROPIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ARRENDADA</p> <p>C. FAMILIAR</p> <p>D. COMPARTIDA CON OTROS</p>
<p>7. PROMEDIO DE INGRESOS</p> <p>SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE</p> <p>A. (S.M.L.V.)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ENTRE 1 A 3 S.M.L.V.</p> <p>C. ENTRE 4 A 5 S.M.L.V.</p> <p>D. ENTRE 5 A 6 S.M.L.V.</p> <p>E. 7 Ó MAS S.M.L.V.</p>	<p>8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</p> <p>A. MENOS DE 3 MESES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 3 - 6 MESES</p> <p>C. DE 6 MESES A 1 AÑO</p> <p>D. DE 1 - 3 AÑOS</p> <p>E. MAYOR DE 3 AÑOS</p>
<p>9. ANTIGÜEDAD EN EL</p> <p>CARGO ACTUAL</p> <p>A. MENOS DE 3 MESES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 3 - 6 MESES</p> <p>C. DE 6 MESES A 1 AÑO</p> <p>D. DE 1 - 3 AÑOS</p> <p>E. MAYOR DE 3 AÑOS</p>	<p>10. TIPO DE CONTRATO</p> <p>A. INDEFINIDO</p> <p>B. FIJO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PRESTACION DE SERVICIOS</p> <p>D. OBRA/LABOR</p> <p>E. ESTUDIANTIL</p>
<p>11. USO DE TIEMPO LIBRE</p> <p>A. OTRO TRABAJO</p> <p>B. LABORES DOMÉSTICAS</p> <p>C. RECREACIÓN Y/O</p>	<p>12. TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR A</p> <p>SU CASA</p> <p>A. MENOS DE 30 MIN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 30 MIN A 1 HORA</p> <p>C. DE 1 - 2 HORAS</p>

<p>DEPORTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ESTUDIO</p> <p>E. NINGUNO</p>	<p>D. MAS DE 2 HORAS</p>
<p>13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD</p>	
<p>A. SI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO</p> <p>CAUSA: _____</p>	<p>14. FUMA</p> <p>A. NO</p> <p>B. 1 VEZ AL DIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> DE 2 A 4 VECES AL DIA</p> <p>D. 5 Ó MAS VECES AL DIA</p>
<p>15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</p>	
<p>A. NO</p> <p>B. SEMANAL</p> <p>C. QUINCENAL</p> <p>D. MENSUAL</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OCASIONALMENTE</p>	<p>16. PRACTICA ALGUN DEPORTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SI</p> <p>B. NO</p> <p>CUAL: <u>fútbol</u></p> <p>FRECUENCIA: <u>Semanal</u></p>

17. INDIQUE POR FAVOR QUE MOLESTIAS HA PRESENTADO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS 6 MESES:

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dolor de cuello, espalda y cintura		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dolores musculares		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad para algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Tos frecuente		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/>	

Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

18. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?		X	
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?		X	

Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?		X	
Está expuesto rayos X o a elementos radioactivos?		X	
Realiza trabajos con soldadura?		X	
Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?		X	
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?		X	
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?		X	
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?		X	
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, transformadores defectuosos?		X	

Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas?)		X	
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?)		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?		X	
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
Si está a cargo de alguna máquina o herramienta, tiene los mandos dispuestos de tal manera que no necesite realizar movimientos forzados para accionarlo?		X	
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		X	
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		

Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		<input checked="" type="checkbox"/>	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Considera que su trabajo es variado?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	<input checked="" type="checkbox"/>		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	<input checked="" type="checkbox"/>		
La empresa cuenta con agua potable?	<input checked="" type="checkbox"/>		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	<input checked="" type="checkbox"/>		

Tabla 6 Encuesta sociodemográfica y de morbilidad sentida

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA - EMPRESA BLINK SPA		
BOGOTA D.C.	CODIGO	COD.2018-1
FECHA: 06-03-2018	VERSIÓN	V.01
CARGO: <i>Teléfono</i>		
Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.		
1. EDAD		2. SEXO
<input checked="" type="checkbox"/> A. 18 - 25 AÑOS	<input type="checkbox"/> B. 26 - 34 AÑOS	<input type="checkbox"/> A. HOMBRE
<input type="checkbox"/> C. 35 - 41 AÑOS	<input type="checkbox"/> D. 42 - 50 AÑOS	<input checked="" type="checkbox"/> B. MUJER
<input type="checkbox"/> E. 51 AÑOS O MAS		
3. ESTADO CIVIL		4. NUM. PERSONAS A CARGO
<input checked="" type="checkbox"/> A. SOLTERO (A)	<input type="checkbox"/> B. CASADO (A)	<input type="checkbox"/> A. NINGUNA
<input type="checkbox"/> C. UNION LIBRE SEPARADO/	<input type="checkbox"/> D. DIVORCIADO (A)	<input checked="" type="checkbox"/> B. 1
<input type="checkbox"/> E. VIUDO (A)		<input type="checkbox"/> C. DE 2 - 3 PERSONAS
		<input type="checkbox"/> D. 3 - 5 PERSONAS
		<input type="checkbox"/> E. 6 Ó MAS PERSONAS
5. NIVEL DE ESCOLARIDAD		6. TENENCIA DE VIVIENDA
<input type="checkbox"/> A. PRIMARIA	<input type="checkbox"/> B. SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> A. PROPIA
		<input checked="" type="checkbox"/> B. ARRENDADA

<input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICO/TECNÓLOGO	C. FAMILIAR
D. UNIVERSITARIO	D. COMPARTIDA CON OTROS
E. ESPECIALISTA/MAESTRO	
<hr/>	
7. PROMEDIO DE INGRESOS	8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE	
A. (S.M.L.V.)	A. MENOS DE 3 MESES
<input checked="" type="checkbox"/> ENTRE 1 A 3 S.M.L.V.	B. DE 3 - 6 MESES
C. ENTRE 4 A 5 S.M.L.V.	<input checked="" type="checkbox"/> DE 6 MESES A 1 AÑO
D. ENTRE 5 A 6 S.M.L.V.	D. DE 1 - 3 AÑOS
E. 7 Ó MAS S.M.L.V.	E. MAYOR DE 3 AÑOS
<hr/>	
9. ANTIGÜEDAD EN EL	10. TIPO DE CONTRATO
CARGO ACTUAL	
A. MENOS DE 3 MESES	A. INDEFINIDO
B. DE 3 - 6 MESES	B. FIJO
<input checked="" type="checkbox"/> DE 6 MESES A 1 AÑO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESTACION DE SERVICIOS
D. DE 1 - 3 AÑOS	D. OBRA/LABOR
E. MAYOR DE 3 AÑOS	E. ESTUDIANTIL
<hr/>	
11. USO DE TIEMPO LIBRE	12. TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR A
	SU CASA
A. OTRO TRABAJO	<input checked="" type="checkbox"/> MENOS DE 30 MIN
<input checked="" type="checkbox"/> LABORES DOMÉSTICAS	B. DE 30 MIN A 1 HORA
RECREACIÓN Y/O	
C. DEPORTE	C. DE 1 - 2 HORAS
D. ESTUDIO	D. MAS DE 2 HORAS
E. NINGUNO	

DEPORTE D. ESTUDIO E. NINGÚNO	D. MAS DE 2 HORAS
13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD	
A. SI <input checked="" type="checkbox"/> B. NO CAUSA: _____	14. FUMA A. NO B. 1 VEZ AL DIA <input checked="" type="checkbox"/> C. DE 2 A 4 VECES AL DIA D. 5 Ó MAS VECES AL DIA
15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	
A. NO B. SEMANAL <input checked="" type="checkbox"/> C. QUINCENAL D. MENSUAL E. OCASIONALMENTE	16. PRACTICA ALGUN DEPORTE A. SI <input checked="" type="checkbox"/> B. NO CUAL: _____ FRECUENCIA: _____

17. INDIQUE POR FAVOR QUE MOLESTIAS HA PRESENTADO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS 6 MESES:

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>		Es un dolor leve
Dolor de cuello, espalda y cintura		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dolores musculares		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad para algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Tos frecuente		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/>	

Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

18. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?		X	
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		

Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?	X		
Está expuesto rayos X o a elementos radioactivos?		X	
Realiza trabajos con soldadura?		X	
Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?	X		
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, transformadores defectuosos?		X	

Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas?	X		
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen espacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
Si está a cargo de alguna máquina o herramienta, tiene los mandos dispuestos de tal manera que no necesite realizar movimientos forzados para accionarlo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?	X		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		

Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?		X	
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		X	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?	X		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

Tabla 6 Encuesta sociodemográfica y de morbilidad sentida

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA			
- EMPRESA BLINK SPA			
BOGOTA D.C.	CODIGO	COD.2018-1	
FECHA: 06-03-2018	VERSIÓN	V.01	
CARGO: <i>Esteticista</i>			
<p>Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.</p>			
1. EDAD		2. SEXO	
A.	18 - 25 AÑOS	A.	HOMBRE
<input checked="" type="checkbox"/>	26 - 34 AÑOS	<input checked="" type="checkbox"/>	MUJER
C.	35 - 41 AÑOS		
D.	42 - 50 AÑOS		
E.	51 AÑOS O MAS		
3. ESTADO CIVIL		4. NUM. PERSONAS A CARGO	
A.	SOLTERO (A)	A.	NINGUNA
<input checked="" type="checkbox"/>	CASADO (A)	<input checked="" type="checkbox"/>	1
C.	UNION LIBRE SEPARADO/	C.	DE 2 - 3 PERSONAS
D.	DIVORCIADO (A)	D.	3 - 5 PERSONAS
E.	VIUDO (A)	E.	6 Ó MAS PERSONAS
5. NIVEL DE ESCOLARIDAD		6. TENENCIA DE VIVIENDA	
A.	PRIMARIA	A.	PROPIA
B.	SECUNDARIA	B.	ARRENDADA

<input checked="" type="checkbox"/> TÉCNICO/TECNÓLOGO	<input checked="" type="checkbox"/> FAMILIAR
D. UNIVERSITARIO	D. COMPARTIDA CON OTROS
E. ESPECIALISTA/MAESTRO	
7. PROMEDIO DE INGRESOS	8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE	
A. (S.M.L.V.)	A. MENOS DE 3 MESES
<input checked="" type="checkbox"/> ENTRE 1 A 3 S.M.L.V.	B. DE 3 - 6 MESES
C. ENTRE 4 A 5 S.M.L.V.	C. DE 6 MESES A 1 AÑO
D. ENTRE 5 A 6 S.M.L.V.	<input checked="" type="checkbox"/> DE 1 - 3 AÑOS
E. 7 Ó MAS S.M.L.V.	E. MAYOR DE 3 AÑOS
9. ANTIGÜEDAD EN EL	10. TIPO DE CONTRATO
CARGO ACTUAL	
A. MENOS DE 3 MESES	A. INDEFINIDO
B. DE 3 - 6 MESES	B. FIJO
C. DE 6 MESES A 1 AÑO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESTACION DE SERVICIOS
<input checked="" type="checkbox"/> DE 1 - 3 AÑOS	D. OBRA/LABOR
E. MAYOR DE 3 AÑOS	E. ESTUDIANTIL
11. USO DE TIEMPO LIBRE	12. TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR A
	SU CASA
A. OTRO TRABAJO	A. MENOS DE 30 MIN
<input checked="" type="checkbox"/> LABORES DOMÉSTICAS	B. DE 30 MIN A 1 HORA
RECREACIÓN Y/O	
C. DEPORTE	<input checked="" type="checkbox"/> DE 1 - 2 HORAS
D. ESTUDIO	D. MAS DE 2 HORAS
E. NINGUNO	

DEPORTE			
D.	ESTUDIO	D.	MAS DE 2 HORAS
E.	NINGUNO		
13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD		14. FUMA	
A.	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	NO	B.	1 VEZ AL DIA
CAUSA: _____		C.	DE 2 A 4 VECES AL DIA
		D.	5 Ó MAS VECES AL DIA
15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		16. PRACTICA ALGUN DEPORTE	
A.	NO	A.	SI
B.	SEMANAL	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	QUINCENAL	CUAL: _____	
D.	MENSUAL	FRECUENCIA: _____	
E.	OCASIONALMENTE		

17. INDIQUE POR FAVOR QUE MOLESTIAS HA PRESENTADO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS 6 MESES:

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dolor de cuello, espalda y cintura	<input checked="" type="checkbox"/>		Posición de trabajo es muy fea
Dolores musculares	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dificultad para algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Tos frecuente		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/>	

Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

18. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		

Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?	X		
Está expuesto rayos X o a elementos radioactivos?		X	
Realiza trabajos con soldadura?		X	
Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?	X		
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?	X		
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	X		
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, transformadores defectuosos?		X	

Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas?	X		
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen espacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?		X	
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
Si está a cargo de alguna máquina o herramienta, tiene los mandos dispuestos de tal manera que no necesite realizar movimientos forzados para accionarlo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?	X		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		

Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?		X	
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?		X	
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?	X		
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		X	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?	X		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

Tabla 6 Encuesta sociodemográfica y de morbilidad sentida

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA		
- EMPRESA BLINK SPA		
BOGOTA D.C.	CODIGO	COD.2018-1
FECHA: 06-03-2018	VERSIÓN	V.01
CARGO: <i>Servicios Generales</i>		
Señor trabajador responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.		
1. EDAD		2. SEXO
A. 18 - 25 AÑOS	A. HOMBRE	
B. 26 - 34 AÑOS	<input checked="" type="checkbox"/> MUJER	
<input checked="" type="checkbox"/> C. 35 - 41 AÑOS		
D. 42 - 50 AÑOS		
E. 51 AÑOS O MAS		
3. ESTADO CIVIL		4. NUM. PERSONAS A CARGO
A. SOLTERO (A)	A. NINGUNA	
B. CASADO (A)	B. 1	
C. UNION LIBRE	<input checked="" type="checkbox"/> DE 2 - 3 PERSONAS	
SEPARADO/		
<input checked="" type="checkbox"/> D. DIVORCIADO (A)	D. 3 - 5 PERSONAS	
E. VIUDO (A)	E. 6 Ó MAS PERSONAS	

<p>5. NIVEL DE ESCOLARIDAD</p> <p>A. PRIMARIA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> B. SECUNDARIA</p> <p>C. TÉCNICO/TECNÓLOGO</p> <p>D. UNIVERSITARIO</p> <p>E. ESPECIALISTA/MAESTRO</p>	<p>6. TENENCIA DE VIVIENDA</p> <p>A. PROPIA</p> <p>B. ARRENDADA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> C. FAMILIAR</p> <p>D. COMPARTIDA CON OTROS</p>
<p>7. PROMEDIO DE INGRESOS</p> <p>SALARIO MINIMO LEGAL VIGENTE</p> <p>A. (S.M.L.V.)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> B. ENTRE 1 A 3 S.M.L.V.</p> <p>C. ENTRE 4 A 5 S.M.L.V.</p> <p>D. ENTRE 5 A 6 S.M.L.V.</p> <p>E. 7 Ó MAS S.M.L.V.</p>	<p>8. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</p> <p>A. MENOS DE 3 MESES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> B. DE 3 - 6 MESES</p> <p>C. DE 6 MESES A 1 AÑO</p> <p>D. DE 1 - 3 AÑOS</p> <p>E. MAYOR DE 3 AÑOS</p>
<p>9. ANTIGÜEDAD EN EL</p> <p>CARGO ACTUAL</p> <p>A. MENOS DE 3 MESES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> B. DE 3 - 6 MESES</p> <p>C. DE 6 MESES A 1 AÑO</p> <p>D. DE 1 - 3 AÑOS</p> <p>E. MAYOR DE 3 AÑOS</p>	<p>10. TIPO DE CONTRATO</p> <p>A. INDEFINIDO</p> <p>B. FIJO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> C. PRESTACION DE SERVICIOS</p> <p>D. OBRA/LABOR</p> <p>E. ESTUDIANTIL</p>
<p>11. USO DE TIEMPO LIBRE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A. OTRO TRABAJO</p> <p>B. LABORES DOMÉSTICAS</p> <p>C. RECREACIÓN Y/O</p>	<p>12. TIEMPO QUE TARDA EN LLEGAR A</p> <p>SU CASA</p> <p>A. MENOS DE 30 MIN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> B. DE 30 MIN A 1 HORA</p> <p>C. DE 1 - 2 HORAS</p>

DEPORTE		
D. ESTUDIO	D. MAS DE 2 HORAS	
E. NINGUNO		
13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD		14. FUMA
A. SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
<input checked="" type="checkbox"/> B. NO	B. 1 VEZ AL DIA	
CAUSA: _____	C. DE 2 A 4 VECES AL DIA	
	D. 5 Ó MAS VECES AL DIA	
15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
A. NO	A. SI	
B. SEMANAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
<input checked="" type="checkbox"/> C. QUINCENAL	CUAL: _____	
D. MENSUAL	FRECUENCIA: _____	
E. OCASIONALMENTE		

17. INDIQUE POR FAVOR QUE MOLESTIAS HA PRESENTADO CON FRECUENCIA EN LOS ULTIMOS 6 MESES:

SINTOMA	SI	NO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>		Cansancio
Dolor de cuello, espalda y cintura	<input checked="" type="checkbox"/>		Los pesos que como nada la tarea
Dolores musculares	<input checked="" type="checkbox"/>		Cansancio
Dificultad para algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Tos frecuente		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/>	

Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual	X		<i>Cansancio y fatiga</i>
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio	X		
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

18. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo y las consecuencias que pueden acarrear para su salud?	X		
Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		

Considera que la iluminación de su puesto de trabajo es adecuada?	X		
La temperatura de su sitio de trabajo le ocasiona molestias?		X	
El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?	X		
Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?	X		la aspiradora
Está expuesto rayos X o a elementos radioactivos?		X	
Realiza trabajos con soldadura?		X	
Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?		X	
En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	X		sí los productos de aseo
En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?	X		desechos de la cocina y la basura en general
Está en contacto con pacientes contaminados, fluidos o secreciones?	X		en los baños
Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		en la cocina
Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?	X		sí los escaleros son muy estrechos
Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, tomas eléctricos sobrecargados, transformadores defectuosos?		X	

Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas?)	X		<i>con los elementos de limpieza</i>
Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen despacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
Su labor genera riesgos de seguridad personal (sociales, naturales y/o riesgos públicos por desplazamiento?)		X	
Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		
La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?	X		
Si está a cargo de alguna máquina o herramienta, tiene los mandos dispuestos de tal manera que no necesite realizar movimientos forzados para accionarlo?	X		
La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?	X		
Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?	X		
En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		

Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?		X	Por lo que tengo 2 trabajos
Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		
Considera que el tiempo asignado a la tarea que realiza es adecuado?		X	A veces necesito más tiempo
Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?	X		
Puede variar el ritmo de trabajo sin perturbar la producción a lo largo de la jornada		X	
Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		X	
El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
Considera que su trabajo es variado?	X		
Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?		X	
En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal?	X		
Existen baños suficientes en número y se les realiza un adecuado mantenimiento, dotación y aseo?	X		
Cuenta con cocina, cafetería, comedor o sitio de descanso adecuadamente mantenidos, dotados y aseados?	X		
La empresa cuenta con agua potable?	X		
Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		