

La presente encuesta tiene la finalidad de conocer su opinión frente a su trabajo y las condiciones en el mismo. Los datos suministrados por usted serán tratados de manera confidencial lo cual no afectara su labor.

Esta encuesta es de carácter educativo, para lo cual la información suministrada debe ser real para llevar a cabo el objetivo de manera adecuada y veraz.

Agradecemos su participación y el tiempo invertido en esta.

### ENCUESTA DE PERCEPCION LABORAL

Nombre Juan Moreno Aldana Edad 32  
Empresa en la que labora Peluquería Gannasy  
Dirección trabajo Cll 73 Bis # 69K-70  
Tiempo en la compañía 8 años Cargo desempeñado Estilista - Dueño

1. ¿Considera que la capacitación recibida en manipulación de sustancias es adecuada?  
SI  NO
2. ¿Conoce el manual de Bioseguridad en su trabajo?  
SI  NO
3. ¿Realiza pausas activas durante su jornada laboral?  
SI  NO
4. ¿Cuenta con servicios de salud y riesgos profesionales?  
SI  NO
5. ¿El espacio asignado para la realización de su trabajo es adecuado. Cuenta con ventilación e iluminación adecuado?  
SI  NO

6. ¿En caso de un accidente el establecimiento cuenta con botiquín dotado y de fácil acceso?

SI  NO

7. ¿La empresa le suministra los elementos de protección adecuados para la labor realizada?

SI  NO

8. Si la anterior respuesta es negativa. ¿Lleva usted los elementos de protección que requiere para realizar su labor?

SI  NO

9. ¿Usa guantes para todas las labores realizadas?

SI  NO

10. ¿Usa tapabocas para todas las labores realizadas?

SI  NO

11. ¿El uniforme suministrado por la empresa o llevado por usted incluyendo zapatos son anti fluido?

SI  NO

12. ¿Ha tenido algún accidente o lesión el último año por causa de su trabajo?

SI  NO

13. ¿Cuál? Cortadura  Quemadura  Dolor lumbar   
Dolor o adormecimiento en piernas  Dolor cuello y espalda

14. ¿Está conforme con la retribución económica, prestaciones y beneficios recibidos?

SI  NO

15. ¿Otorga su empresa apoyos para capacitarse adecuadamente?

SI  NO

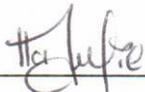
16. ¿Realiza usted u otro miembro de su equipo desinfección de los elementos después de ser usados?

SI  NO

17. ¿Considera que la desinfección realizada es la adecuada para eliminar posibles infecciones?

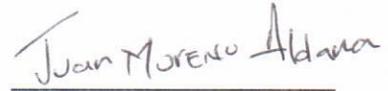
SI  NO

Entrevistador (a)



Julietta Rojas Díaz

Entrevistado



La presente encuesta tiene la finalidad de conocer su opinión frente a su trabajo y las condiciones en el mismo. Los datos suministrados por usted serán tratados de manera confidencial lo cual no afectara su labor.

Esta encuesta es de carácter educativo, para lo cual la información suministrada debe ser real para llevar a cabo el objetivo de manera adecuada y veraz.

Agradecemos su participación y el tiempo invertido en esta.

### ENCUESTA DE PERCEPCION LABORAL

Nombre Rosa Ines Fernandez Edad 58  
Empresa en la que labora Sala belleza Cleopatra  
Dirección trabajo dl 74 B # 69 K - 05  
Tiempo en la compañía 8 años Cargo desempeñado Estilista - Quera

1. ¿Considera que la capacitación recibida en manipulación desustancias es adecuada?  
SI  NO
2. ¿Conoce el manual de Bioseguridad en su trabajo?  
SI  NO
3. ¿Realiza pausas activas durante su jornada laboral?  
SI  NO
4. ¿Cuenta con servicios de salud y riesgos profesionales?  
SI  NO
5. ¿El espacio asignado para la realización de su trabajo es adecuado. Cuenta con ventilación e iluminación adecuado?  
SI  NO

6. ¿En caso de un accidente el establecimiento cuenta con botiquín dotado y de fácil acceso?

SI  NO

7. ¿La empresa le suministra los elementos de protección adecuados para la labor realizada?

SI  NO

8. Si la anterior respuesta es negativa. ¿Lleva usted los elementos de protección que requiere para realizar su labor?

SI  NO

9. ¿Usa guantes para todas las labores realizadas?

SI  NO

10. ¿Usa tapabocas para todas las labores realizadas?

SI  NO

11. ¿El uniforme suministrado por la empresa o llevado por usted incluyendo zapatos son anti fluido?

SI  NO

12. ¿Ha tenido algún accidente o lesión el último año por causa de su trabajo?

SI  NO

13. ¿Cuál? Cortadura  Quemadura  Dolor lumbar   
Dolor o adormecimiento en piernas  Dolor cuello y espalda

14. ¿Está conforme con la retribución económica, prestaciones y beneficios recibidos?

SI  NO

15. ¿Otorga su empresa apoyos para capacitarse adecuadamente?

SI  NO

16. ¿Realiza usted u otro miembro de su equipo desinfección de los elementos después de ser usados?

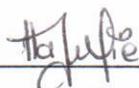
SI  NO

17. ¿Considera que la desinfección realizada es la adecuada para eliminar posibles infecciones?

SI  NO

Entrevistador (a)

Entrevistado



Julietta Rojas Díaz



La presente encuesta tiene la finalidad de conocer su opinión frente a su trabajo y las condiciones en el mismo. Los datos suministrados por usted serán tratados de manera confidencial lo cual no afectara su labor.

Esta encuesta es de carácter educativo, para lo cual la información suministrada debe ser real para llevar a cabo el objetivo de manera adecuada y veraz.

Agradecemos su participación y el tiempo invertido en esta.

### ENCUESTA DE PERCEPCION LABORAL

Nombre Carmenza Guerrero Edad 44  
Empresa en la que labora Salon de Belleza Carmencita  
Dirección trabajo Calle 70 A #69 p. 45  
Tiempo en la compañía 7 años Cargo desempeñado Estilista Integral - Dueña

1. ¿Considera que la capacitación recibida en manipulación de sustancias es adecuada?

SI  NO

2. ¿Conoce el manual de Bioseguridad en su trabajo?

SI  NO

3. ¿Realiza pausas activas durante su jornada laboral?

SI  NO

4. ¿Cuenta con servicios de salud y riesgos profesionales?

SI  NO

5. ¿El espacio asignado para la realización de su trabajo es adecuado. Cuenta con ventilación e iluminación adecuada?

SI  NO

6. ¿En caso de un accidente el establecimiento cuenta con botiquín dotado y de fácil acceso?

SI  NO

7. ¿La empresa le suministra los elementos de protección adecuados para la labor realizada?

SI  NO

8. Si la anterior respuesta es negativa. ¿Lleva usted los elementos de protección que requiere para realizar su labor?

SI  NO

9. ¿Usa guantes para todas las labores realizadas?

SI  NO

10. ¿Usa tapabocas para todas las labores realizadas?

SI  NO

11. ¿El uniforme suministrado por la empresa o llevado por usted incluyendo zapatos son anti fluido?

SI  NO

12. ¿Ha tenido algún accidente o lesión el último año por causa de su trabajo?

SI  NO

13. ¿Cuál? Cortadura  Quemadura  Dolor lumbar   
Dolor o adormecimiento en piernas  Dolor cuello y espalda

14. ¿Está conforme con la retribución económica, prestaciones y beneficios recibidos?

SI  NO

15. ¿Otorga su empresa apoyos para capacitarse adecuadamente?

SI  NO

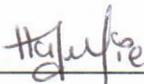
16. ¿Realiza usted u otro miembro de su equipo desinfección de los elementos después de ser usados?

SI  NO

17. ¿Considera que la desinfección realizada es la adecuada para eliminar posibles infecciones?

SI  NO

Entrevistador (a)



Julietta Rojas Díaz

Entrevistado



La presente encuesta tiene la finalidad de conocer su opinión frente a su trabajo y las condiciones en el mismo. Los datos suministrados por usted serán tratados de manera confidencial lo cual no afectara su labor.

Esta encuesta es de carácter educativo, para lo cual la información suministrada debe ser real para llevar a cabo el objetivo de manera adecuada y veraz.

Agradecemos su participación y el tiempo invertido en esta.

### ENCUESTA DE PERCEPCION LABORAL

Nombre Jorge Sanchez Rodriguez Edad 38  
Empresa en la que labora VIP Salon  
Dirección trabajo Cra 72 B # 74-45  
Tiempo en la compañía 3 años Cargo desempeñado Estilista

1. ¿Considera que la capacitación recibida en manipulación de sustancias es adecuada?  
SI  NO
2. ¿Conoce el manual de Bioseguridad en su trabajo?  
SI  NO
3. ¿Realiza pausas activas durante su jornada laboral?  
SI  NO
4. ¿Cuenta con servicios de salud y riesgos profesionales?  
SI  NO
5. ¿El espacio asignado para la realización de su trabajo es adecuado. Cuenta con ventilación e iluminación adecuado?  
SI  NO

6. ¿En caso de un accidente el establecimiento cuenta con botiquín dotado y de fácil acceso?

SI  NO

7. ¿La empresa le suministra los elementos de protección adecuados para la labor realizada?

SI  NO

8. Si la anterior respuesta es negativa. ¿Lleva usted los elementos de protección que requiere para realizar su labor?

SI  NO

9. ¿Usa guantes para todas las labores realizadas?

SI  NO

10. ¿Usa tapabocas para todas las labores realizadas?

SI  NO

11. ¿El uniforme suministrado por la empresa o llevado por usted incluyendo zapatos son anti fluido?

SI  NO

12. ¿Ha tenido algún accidente o lesión el último año por causa de su trabajo?

SI  NO

13. ¿Cuál? Cortadura  Quemadura  Dolor lumbar   
Dolor o adormecimiento en piernas  Dolor cuello y espalda

14. ¿Está conforme con la retribución económica, prestaciones y beneficios recibidos?

SI  NO

15. ¿Otorga su empresa apoyos para capacitarse adecuadamente?

SI  NO

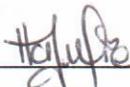
16. ¿Realiza usted u otro miembro de su equipo desinfección de los elementos después de ser usados?

SI  NO

17. ¿Considera que la desinfección realizada es la adecuada para eliminar posibles infecciones?

SI  NO

Entrevistador (a)

  
\_\_\_\_\_  
Julietta Rojas Díaz

Entrevistado

  
\_\_\_\_\_

La presente encuesta tiene la finalidad de conocer su opinión frente a su trabajo y las condiciones en el mismo. Los datos suministrados por usted serán tratados de manera confidencial lo cual no afectara su labor.

Esta encuesta es de carácter educativo, para lo cual la información suministrada debe ser real para llevar a cabo el objetivo de manera adecuada y veraz.

Agradecemos su participación y el tiempo invertido en esta.

### ENCUESTA DE PERCEPCION LABORAL

Nombre Sara Hernandez Edad 39  
Empresa en la que labora Peluqueria JR  
Dirección trabajo Cll 73A # 69K-12  
Tiempo en la compañía 2 mes Cargo desempeñado Estilista integral

1. ¿Considera que la capacitación recibida en manipulación de sustancias es adecuada?  
SI  NO
2. ¿Conoce el manual de Bioseguridad en su trabajo?  
SI  NO
3. ¿Realiza pausas activas durante su jornada laboral?  
SI  NO
4. ¿Cuenta con servicios de salud y riesgos profesionales?  
SI  NO
5. ¿El espacio asignado para la realización de su trabajo es adecuado. Cuenta con ventilación e iluminación adecuado?  
SI  NO

6. ¿En caso de un accidente el establecimiento cuenta con botiquín dotado y de fácil acceso?

SI  NO

7. ¿La empresa le suministra los elementos de protección adecuados para la labor realizada?

SI  NO

8. Si la anterior respuesta es negativa. ¿Lleva usted los elementos de protección que requiere para realizar su labor?

SI  NO

9. ¿Usa guantes para todas las labores realizadas?

SI  NO

10. ¿Usa tapabocas para todas las labores realizadas?

SI  NO

11. ¿El uniforme suministrado por la empresa o llevado por usted incluyendo zapatos son anti fluido?

SI  NO

12. ¿Ha tenido algún accidente o lesión el último año por causa de su trabajo?

SI  NO

13. ¿Cuál? Cortadura  Quemadura  Dolor lumbar   
Dolor o adormecimiento en piernas  Dolor cuello y espalda

14. ¿Está conforme con la retribución económica, prestaciones y beneficios recibidos?

SI  NO

15. ¿Otorga su empresa apoyos para capacitarse adecuadamente?

SI  NO

16. ¿Realiza usted u otro miembro de su equipo desinfección de los elementos después de ser usados?

SI  NO

17. ¿Considera que la desinfección realizada es la adecuada para eliminar posibles infecciones?

SI  NO

Entrevistador (a)

Entrevistado

Julietta  
Julietta Rojas Díaz

Sarah Mendez