

# Encuesta de percepción de la accidentalidad laboral del sector del servicio domestico en Colombia.

Objetivo : Identificar las condiciones laborales actuales del servicio doméstico en Colombia.

Se realizara una encuesta a algunos trabajadores del sector domestico, los cuales desempeñan sus labores , en el ámbito de una residencia. Los trabajadores realizan una variedad de servicios, tales como: cuidadores, conserjes, cocineros, niñeras, etc.

La siguiente información será usada para propósitos educativos de la universidad minuto de Dios - Sede Calle 80

---

**\*Obligatorio**

1. Correo \*

---

Datos generales

2. 1. Nombre del trabajador \*

---

3. 2. Genero \*

*Marca solo un óvalo.*

Femenino

Masculino

Otro:

Cual?

## 4. 3. Edad \*

*Marca solo un óvalo.*

- Menos de 20
- 20 a 27
- 27 a 35
- 35 a 50
- Mas del 50

## 5. 4. ¿ Que nivel de escolaridad tiene? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Primaria
- Bachillerato
- Técnico o tecnólogo
- Ninguna
- Otro
- Cual?

**Entorno laboral**

## 6. 5. ¿Experiencia en el cargo ? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Menos de 2 años
- De 2 a 5 años
- De 5 a 10 años
- De 10 a 15 años
- Más de 15 años

7. 6 ¿En cuantos hogares trabaja? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Un hogar
- Dos hogares
- Mas de dos hogares

8. 7. ¿Tiene un contrato laboral vigente? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

9. 8. En caso que su respuesta sea afirmativa su contrato es \*

*Marca solo un óvalo.*

- Escrito
- Verbal

10. 9. ¿Cuenta usted con seguridad social (Salud, pensión y riesgos laborales) Indique cuál o cuáles.

*Selecciona todos los que correspondan.*

	ARL - Riesgos Laborales	EPS- Salud	Pensión.
Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 10. ¿Su empleador lo tiene afiliado a una caja de compensación familiar? \*

*Marca solo un óvalo.*

Si

No

12. 11. ¿Cuántas horas labora al día ? \*

*Marca solo un óvalo.*

4 a 6 horas

8 a 10 horas

Mas de 10 horas

13. 12. Tiene algún día de descanso en la semana,

*Marca solo un óvalo.*

Si

No

14. 13. ¿Recibe prima de servicios ? \*

*Marca solo un óvalo.*

Si

No

15. 14. ¿A sufrido algún tipo de accidente de trabajo en el cumplimiento de sus labores ? \*

*Marca solo un óvalo.*

Si

No

16. 15. Si su respuesta es afirmativa ¿Qué tipo de lesión presentó ?

*Selecciona todos los que correspondan.*

Cortaduras

Quemaduras

Esguinces

Caídas del mismo nivel

Otras

Cuál

17. 16. Si alguna vez se accidentó en función de su trabajo: \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

	Si	NO
Se reportó el accidente de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se llevó a cabo la investigación del accidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. 17. ¿Conoce los peligros a los cuales está expuesto (a) en cumplimiento de su trabajo? \*

*Marca solo un óvalo.*

Si

No

19. 18. ¿Cuál de los siguientes peligros están presentes en su trabajo?

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Superficies calientes
- Uso de producto químico
- Extensas jornadas de trabajo
- Posturas prolongadas, movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas.
- Robos, atracos, atropellamientos.
- Virus, Bacterias presentes en basuras, desechos y baños
- Otra

20. 19. Si su respuesta anterior fue otra, indique a continuación cuál peligro está presente. \*

---

Muchas gracias por su colaboración



---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios