



ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

La siguiente encuesta tiene como finalidad crear el perfil sociodemográfico y realizar un diagnóstico de las condiciones de salud y de trabajo de los trabajadores de la empresa **TERMINAL DE TRANSPORTES EN LA ESTACION DE SERVICIO**, enfocada a establecer estrategias de intervención óptimas que influyan en el bienestar de la población trabajadora.

PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Declaro que todos los datos suministrados son correctos y autorizo a la empresa **TERMINAL DE TRANSPORTES EN LA ESTACION DE SERVICIO** para que en términos del literal a) del Artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 realice la recolección, uso en general el tratamiento de mis datos personales.

FECHA: _____

NOMBRE: _____

CEDULA: _____

CARGO U OCUPACION: _____

EDAD: _____ ESTATURA (Metros) _____ PESO (Kilos) _____

AREA _____

TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: _____

TIEMPO DE ANTIGUEDAD EN EL CARGO: _____

Por favor lea con atención los siguientes enunciados y marque con equis (x) la respuesta seleccionada. No deje espacios en blanco.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

1. ESTADO CIVIL

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

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

3. TIPO DE VINCULACION

- a. Contrato Fijo
- b. Contrato Indefinido
- c. Prestación de Servicios
- d. otro Cual _____

4. GENERO

- a. Masculino
- b. Femenino

5. COMPOSICION FAMILIAR (N° de personas con las que vive)

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

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

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

7. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- b. Familiar
- c. Arrendada
- Otro _____

8. TURNO DE TRABAJO

- a. Menos de 8 horas
- b. 8 horas
- c. Más de 8 horas

9. INGRESOS (S.M.L.V.)

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

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y CONDICIONES DE SALUD DEL TRABAJADOR	Código: PS-SST-001 Versión: 1 Año: 2024

HABITOS DE VIDA

10. USO DEL TIEMPO LIBRE

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

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

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

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- b. No
- Cual: _____

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- Frecuencia**
- a. Si ___ Semanal
 - b. No ___ Quincenal
 - ___ Mensual
 - ___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. Si
- b. No
- Cual: _____

Frecuencia: _____

15. FUMA

- a. Si
- b. No
- Promedio diario: _____

AUTORREPORTE DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y DE TRABAJO

16. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA

SINTOMA	6 MESES	1 AÑO	EXPLIQUE
Dolor de cabeza			
Dolor de cuello, espalda y cintura			
Dolores musculares			
Adormecimiento u hormigueo			
Dificultad para algún movimiento			
Disminución de la Fuerza			
Dolor o Inflamación			
Tos frecuente			
Dificultad respiratoria			
Gastritis, ulcera			
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			
Dificultad para concentrarse			
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos			
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 ENCUENTRALAS SIGUIENTES CONDICIONES:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y CONDICIONES DE SALUD DEL TRABAJADOR	Código: PS-SST-001
		Versión: 1 Año: 2024

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, toma eléctrica sobrecargada, transformadores 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. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
NIVEL OPERATIVO**

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL / OBSERVACIONES
¿Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo?			
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?			
¿El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz?			
¿Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?			

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: PS-SST-001
	ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y CONDICIONES DE SALUD DEL TRABAJADOR	Versión: 1 Año: 2024

¿Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?			
¿En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?			
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?			
¿Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?			
¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?			
¿Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas)?			
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?			
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?			
Pregunta solo para operadores. ¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			
Si está a cargo de alguna máquina o herramienta, ¿tiene los mandos dispuestos de tal manera que no necesite realizar movimientos forzados para accionarlo?			
¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?			
¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?			
¿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?			
¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?			
¿Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?			
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?			
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales			
¿La empresa cuenta con agua potable?			
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?			

¿Ha tenido accidentes de trabajo? Si _____ No _____

Tiene algún tipo de discapacidad? Si _____ No _____ Cual _____

¿Está en proceso de calificación de Enfermedad Laboral? Si ____ No ____ Cual _____

Realiza actividad física SI _____ -- NO _____

Cuántas comidas realiza al día ___--

Desayuna regularmente (que desayuna)

Con que frecuencia consumes frutas y verduras

Con que frecuencia consume alimentos fritos