

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

liber comunitario

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: Ada Carolina Torres
CEDULA: 39573940
CARGO U OCUPACION: Administradora E.D.S
EDAD: 47 años ESTATURA (Metros) 1,65 PESO (Kilos) 72
AREA Estación de Servicio
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 25 años
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 11 años

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

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

3

3. TIPO DE VINCULACION

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

4. GENERO

- a. Masculino
- Femenino

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

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

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

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

7. TENENCIA DE VIVIENDA

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

8. TURNO DE TRABAJO

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

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

- a. Mínimo Legal (S.M.L.V.)
- 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.)

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: Vertigo

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- a. Si
- b. No
- Frecuencia**
- _____ Semanal
 - _____ 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	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dolor de cuello, espalda y cintura	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dolores musculares	<input checked="" type="checkbox"/>		
Adormecimiento u hormigueo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dificultad para algún movimiento			
Disminución de la Fuerza			
Dolor o Inflamación			
Tos frecuente			
Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/>	
Gastritis, ulcera		<input checked="" type="checkbox"/>	
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)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cambios visuales	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual			
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos	<input checked="" type="checkbox"/>		
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 CONDICIONES:
NIVEL ADMINISTRATIVO

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL / OBSERVACIONES
¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?	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		Mto del Aire Acondicionado
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	X		
¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, toma eléctrica sobrecargada, transformadores defectuosos?		X	
¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen espacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?			A veces
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?		X	
¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?		X	
¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?		X	
¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	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		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

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

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL / OBSERVACIONES
-----------	----	----	--------------------------------

¿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 _____

1) NO

2) 3.

3) SI, cafe con leche, hueso frito, frito, empanada, chocolate, queso.

4) 1 vez al mes, cadenas 1 vez a la semana.

5) 2 veces a la semana

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: 4/Julio/23

NOMBRE:	<u>Annie Tahana Cuerva Custaneda</u>		
CEDULA:	<u>1070615999</u>		
CARGO U OCUPACION:	<u>Aux Operativo 6-2</u>		
EDAD:	<u>30</u>	ESTATURA (Metros)	<u>1.58</u>
		PESO (Kilos)	<u>56</u>
AREA	<u>Estación</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:	<u>5 AÑOS</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO:	<u>8 AÑOS</u>		

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

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. ESTADO CIVIL

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión libre
- Separado (a)
- Divorciado
- Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

2

3. TIPO DE VINCULACION

- Contrato Fijo
- Contrato Indefinido
- Prestación de Servicios
- otro Cual _____

4. GENERO

- Masculino
- Femenino

5. COMPOSICION FAMILIAR (Nº de personas con las que vive)

- Solo
- 1 - 3 personas
- 4 - 6 personas
- Más de 6 personas

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

- Primaria
- Secundaria
- Técnico / Tecnólogo
- Universitario
- Otros

7. TENENCIA DE VIVIENDA

- Propia
- Familiar
- Arrendada
- Otro _____

8. TURNO DE TRABAJO

- Menos de 8 horas
- 8 horas
- Más de 8 horas

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

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

HABITOS DE VIDA

10. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- 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
- Exámenes médicos anuales
- e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- 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	X		
Dolor de cuello, espalda y cintura	X		
Dolores musculares			
Adormecimiento u hormigueo	X		Manos
Dificultad para algún movimiento			
Disminución de la Fuerza			
Dolor o Inflamación	X		
Tos frecuente	X		Bronquitis
Dificultad respiratoria			
Gastritis, ulcera	X		Gastritis
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo	NO		
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)	SI		NO puedo dormir
Dificultad para concentrarse	NO		
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos	SI		Malgenio
Nerviosismo	SI		
Cansancio mental	SI		
Palpitaciones	NO		
Dolor en el pecho (angina)	NO		
Cambios visuales	NO		
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual	SI		estrellitos tubo los dias
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos	NO		
Dificultad para oír	NO		
Sensación permanente de cansancio			
Alteraciones en la piel	SI		Cara, parte
Otras alteraciones no anotadas			

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?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	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		
¿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	
¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
¿Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivos)?	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		
Pregunta solo para operadores. ¿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		
¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		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		
¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
¿Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales	X		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

¿Ha tenido accidentes de trabajo? Si X No Cual

Tiene algún tipo de discapacidad? Si No X Cual

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

Pequeña actividad física (S) (N) le gusta
 Ocasos comidos reales al día. 3
 Desayuno regularmente (que desayuno! Arepa, Arepas. Cafe
 Que que presencia frutas y verduras poco
 carne presencia consumo alimentos T.itos. Mucho. comido
 Cholora.

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 SA, en la estación 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 transporte SA en la estación 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:	<u>Enzo Soto Ari</u>		
CEDULA:	<u>100582487</u>		
CARGO U OCUPACION:	<u>auxiliar portuario</u>		
EDAD:	<u>38</u>	ESTATURA (Metros)	<u>1.75</u> PESO (Kilos) <u>90</u>
AREA	<u>obcón de secao</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:	_____		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD 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)
- Unión libre
- d. Separado (a)
- e. Divorciado
- f. Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

2

3. TIPO DE VINCULACION

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

4. GENERO

- Masculino
- b. Femenino

5. COMPOSICION FAMILIAR (Nº de personas con las que vive)

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

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

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

7. TENENCIA DE VIVIENDA

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

8. TURNO DE TRABAJO

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

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

- 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.)

HABITOS DE VIDA

10. USO DEL TIEMPO LIBRE

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

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
 - b. No
 - ___ Semanal
 - ___ Quincenal
 - ___ Mensual
 - c. Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. Si
- b. No
- Cual: Fútbol

Frecuencia: 1 vez cada 15 días

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			N
Dolor de cuello, espalda y cintura			N, 5 veces al mes
Dolores musculares			N
Adormecimiento u hormigueo			N
Dificultad para algún movimiento			Patilla ligamentos
Disminución de la Fuerza			N
Dolor o Inflamación			N
Tos frecuente			N
Dificultad respiratoria			N
Gastritis, ulcera			N
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			N
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			N
Dificultad para concentrarse			N
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos			N
Nerviosismo			N
Cansancio mental			N
Palpitaciones			N
Dolor en el pecho (angina)			N
Cambios visuales			Bumero
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual			avisu ojos
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			N
Dificultad para oír			N
Sensación permanente de cansancio			N
Alteraciones en la piel			N
Otras alteraciones no anotadas			N

17. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
NIVEL ADMINISTRATIVO

¿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?	1		a veces
¿Las máquinas y herramientas que utiliza en el desempeño de su labor producen vibración?	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?		✓	
¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
¿Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivos)?	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		
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?		X	
¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		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?	✓		
¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
¿Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales	X		gafas, tapabocas
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		siempre
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

¿Ha tenido accidentes de trabajo? Si _____ No X

Tiene algún tipo de discapacidad? Si _____ No _____ Cual rodilla, ligamentos

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

no

3,
 NO, a veces, pero por chocolate pastoso, tamal,
 verduras toda los días, fruta de la canasta
 todas los días.

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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:	Johan Orlando merchan Vargas		
CEDULA:	1070 617122		
CARGO U OCUPACION:	Auxiliar operativo 62		
EDAD:	29	ESTATURA (Metros)	1.74
		PESO (Kilos)	79
AREA	Estacion de servicio		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:	7 meses		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO:	7 meses		

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

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión libre
- Separado (a)
- Divorciado
- Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

2

3. TIPO DE VINCULACION

- Contrato Fijo
- Contrato Indefinido
- Prestación de Servicios
- otro Cual _____

4. GENERO

- Masculino
- Femenino

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

- Solo
- 1 - 3 personas
- 4 - 6 personas
- Más de 6 personas

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

- Primaria
- Secundaria
- Técnico / Tecnólogo
- Universitario
- Otros

7. TENENCIA DE VIVIENDA

- Propia
- Familiar
- Arrendada
- Otro _____

8. TURNO DE TRABAJO

- Menos de 8 horas
- 8 horas
- Más de 8 horas

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

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

HABITOS DE VIDA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CONDICIONES DE SALUD DEL
TRABAJADOR

Código: P.S.
Versión: 1
Año: 2024

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
- ___ Semanal
 - ___ 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			Si
Dolor de cuello, espalda y cintura			Si
Dolores musculares			Si
Adormecimiento u hormigueo			Si
Dificultad para algún movimiento			Si
Disminución de la Fuerza			Si
Dolor o Inflamación			Si
Tos frecuente			Si
Dificultad respiratoria			Si
Gastritis, ulcera			Si
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			Si
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			Si
Dificultad para concentrarse			Si
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos			Si
Nerviosismo			Si
Cansancio mental			Si
Palpitaciones			Si
Dolor en el pecho (angina)			Si
Cambios visuales			Si
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual			Si
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			Si
Dificultad para oír			Si
Sensación permanente de cansancio			Si
Alteraciones en la piel			Si
Otras alteraciones no anotadas			Si

¿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?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	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		
¿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	
¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
¿Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivos)?	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		
Pregunta solo para operadores. ¿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	
¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		X	
¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?			No
¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	X		Si.
¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
¿Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales	X		Gafas, botas, un casco, guantes.
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

¿Ha tenido accidentes de trabajo? Si ____ No X

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

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

Realiza actividad física Si NO X

Cuanto camina por día 3

Duerme regularmente (que descanse) Si. depo. huan.

¿Que frecuencia caídas y caídas, dicen por verlos
 ¿que caídas caídas, afortunadamente

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: 01-7-25

NOMBRE:	<u>Johán Astor Fajardo</u>		
CEDULA:	<u>39'584.249 Gob. U</u>		
CARGO U OCUPACION:	<u>AV- Operativo " Estación "</u>		
EDAD:	<u>40 Años</u>	ESTATURA (Metros)	<u>165</u>
		PESO (Kilos)	<u>72</u>
AREA	<u>Operativa (Estación)</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:	<u>12 Años</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO:	<u>12 Años</u>		

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

2

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
- d. 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.)

HABITOS DE VIDA

EN EL DESARROLLO
NIVEL ADMINISTRATIVO
c) Conoce el lugar

10. USO DEL TIEMPO LIBRE

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

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	<input checked="" type="checkbox"/>		Migraña
Dolor de cuello, espalda y cintura	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dolores musculares	<input checked="" type="checkbox"/>		
Adormecimiento u hormigueo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dificultad para algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	
Disminución de la Fuerza		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dolor o Inflamación		<input checked="" type="checkbox"/>	
Tos frecuente		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificultad respiratoria		<input checked="" type="checkbox"/>	
Gastritis, ulcera		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		<input checked="" type="checkbox"/>	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dificultad para concentrarse		<input checked="" type="checkbox"/>	
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos	<input checked="" type="checkbox"/>		cada unido gente
Nerviosismo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cansancio mental	<input checked="" type="checkbox"/>		
Palpitaciones	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dolor en el pecho (angina)	<input checked="" type="checkbox"/>		si dolencia
Cambios visuales	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual	<input checked="" type="checkbox"/>		
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos	<input checked="" type="checkbox"/>		ruido
Dificultad para oír	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sensación permanente de cansancio	<input checked="" type="checkbox"/>		
Alteraciones en la piel		<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras alteraciones no anotadas		<input checked="" type="checkbox"/>	

desempeño de su labor producen vibración?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivos)?	<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"/>		
Pregunta solo para operadores. ¿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"/>	
¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿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"/>		
¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		<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"/>		
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales	<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"/>		

¿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 _____

No.

2.

No desayuno. (en casa) (laboral) Avena, arepa.

Veudora Semanal.

Prota. esporádica.

Siempre.

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: Luis Alfonso Castellano Blanco
 CEDULA: 11.319.169
 CARGO U OCUPACION: Aux Administrativo
 EDAD: 54 ESTATURA (Metros) 1.75 PESO (Kilos) 66
 AREA S.D.S. T.T.G
 TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 18 años
 TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 15 años

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

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.)

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
 - b. No
- Semanal
 Quincenal
 Mensual
 Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. Si
- b. No
- Cual: Caminar
- Frecuencia: Semana

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	<input checked="" type="checkbox"/>		
Adormecimiento u hormigueo	<input checked="" type="checkbox"/>		
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			

desempeño de su labor producen vibración?		
¿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 abrasivos)?		*
¿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 _____

- 1 conierta frch de tierra, festivo
- 2 3 ronda suana
- 3 Si despus haco cocidos, ave, yu su dala.
- 4 exponeramente,
- 5 Agua con roca.
- 6) lera des a su trabajo. (artmentals, spis) bacteria (x cida)

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: 4 Julio - 25

NOMBRE: <u>Maizta Ballesteros Ortiz</u>	
CEDULA: <u>1070 614203</u>	
CARGO U OCUPACION: <u>Auxiliar Operativo G2</u>	
EDAD: <u>30 años</u>	ESTATURA (Metros) <u>1.50 m</u> PESO (Kilos) <u>56 K</u>
AREA <u>Estación de Servicio</u>	
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: <u>28 meses</u>	
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: <u>28 meses</u>	

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

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión libre
- Separado (a)
- Divorciado
- Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

1

3. TIPO DE VINCULACION

- Contrato Fijo
- Contrato Indefinido
- Prestación de Servicios
- otro Cual _____

4. GENERO

- Masculino
- Femenino

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

- Solo
- 1 - 3 personas
- 4 - 6 personas
- Más de 6 personas

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

- Primaria
- Secundaria
- Técnico / Tecnólogo
- Universitario
- Otros

7. TENENCIA DE VIVIENDA

- Propia
- Familiar
- Arrendada
- Otro _____

8. TURNO DE TRABAJO

- Menos de 8 horas
- 8 horas
- Más de 8 horas

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

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

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

- a. Si _____
- b. No _____
- Cual: _____
- Frecuencia**
- _____ Semanal
 - _____ 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	X		Migraña
Dolor de cuello, espalda y cintura			NO
Dolores musculares	X		
Adormecimiento u hormigueo			NO
Dificultad para algún movimiento			NO
Disminución de la Fuerza			NO
Dolor o Inflamación			NO
Tos frecuente	X		
Dificultad respiratoria			NO
Gastritis, ulcera	X		
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			NO
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			NO
Dificultad para concentrarse			NO
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos			NO
Nerviosismo			NO
Cansancio mental		X	
Palpitaciones			NO
Dolor en el pecho (angina)			NO
Cambios visuales			NO
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual			NO
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	A veces
Dificultad para oír			NO
Sensación permanente de cansancio			A veces
Alteraciones en la piel			NO
Otras alteraciones no anotadas			

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?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	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?			
¿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	
¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
¿Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivos)?	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		
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?		X	
¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		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		
¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
¿Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?		X	
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales	X		Cables, Guantes, botas.
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

¿Ha tenido accidentes de trabajo? Si ___ No X

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

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

Realmente actividad física si no X
 Cientos de veces varias al día 3
 Desayuno regularmente (de desayuno). Huevo, pan o galletas chocolate.
 Luego desayuno caseros frutas y verduras muy poco
 con que pareciera caseros diferentes frutas Cereales y dulces

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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:	Natalia Sacha Cepitre.		
CEDULA:	1070618359.		
CARGO U OCUPACION:	Operario de estero de cemento		
EDAD:	29	ESTATURA (Metros):	1,63 PESO (Kilos): 72
AREA:	_____		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:	4 años y medio		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD 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)
- Unión libre
- d. Separado (a)
- e. Divorciado
- f. Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

3

3. TIPO DE VINCULACION

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

4. GENERO

- a. Masculino
- Femenino

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

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

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

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

7. TENENCIA DE VIVIENDA

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

8. TURNO DE TRABAJO

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

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

- 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.)

HABITOS DE VIDA

10. USO DEL TIEMPO LIBRE

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

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
 - b. No
 - Semanal
 - Quincenal
 - Mensual
 - Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. Si
- b. No
- Cual: Gimnasio
- Frecuencia: todos los días

15. FUMA

- a. Si
- b. No
- Prómedio 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			S ninguna
Dolor de cuello, espalda y cintura			Ocho.
Dolores musculares			Si prena
Adormecimiento u hormigueo			si manos
Dificultad para algún movimiento			no
Disminución de la Fuerza			no
Dolor o Inflamación			no
Tos frecuente			si
Dificultad respiratoria			no
Gastritis, ulcera			si
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			con inflamaci
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			no
Dificultad para concentrarse			no
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos			no
Nerviosismo			no
Cansancio mental			si
Palpitaciones			no
Dolor en el pecho (angina)			no
Cambios visuales			no
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual			si
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			no
Dificultad para oír			no
Sensación permanente de cansancio			no
Alteraciones en la piel			no
Otras alteraciones no anotadas			no

desempeño de su labor producen vibración?	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	
¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	X		
¿Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivos)?		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		
Pregunta solo para operadores. ¿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		
¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?		X	
¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		X	
¿Al finalizar la jornada laboral, el cansancio que se siente podría calificarse de "normal"?	X		normal
¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas?	Y		
¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		X	
¿Las tareas que realiza le producen "sensación de peligrosidad"?	X		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?			a veces.
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales	Y		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

¿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 _____

operario si no.
 ruidos a dia 3
 descenso regulent. de ruidos (si me cae encima agua
 como frotos y cedion si, todos los dias
 como frotos. No pare el cedion..

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: Julio 8/25

NOMBRE: <u>Norma Cecilia Medina Murto</u>		
CEDULA: <u>65-799129</u>		
CARGO U OCUPACION: <u>Auxiliar Operativo G2</u>		
EDAD: <u>49</u>	ESTATURA (Metros) <u>1.64</u>	PESO (Kilos) <u>76</u>
AREA: <u>Estación de Servicio</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: <u>1 año</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: <u>1 año</u>		

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)
- Unión libre
- d. Separado (a)
- e. Divorciado
- f. Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO
2

3. TIPO DE VINCULACION

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

4. GENERO

- a. Masculino
- Femenino

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

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

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

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

7. TENENCIA DE VIVIENDA

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

8. TURNO DE TRABAJO

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

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

- 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.)

HABITOS DE VIDA

10. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- 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
- 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

- | | | |
|-------|-------------------------------------|-------------------|
| a. Si | _____ | Frecuencia |
| b. No | _____ | Semanal |
| | _____ | Quincenal |
| | _____ | Mensual |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 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			SI
Dolor de cuello, espalda y cintura			SI
Dolores musculares			> 1
Adormecimiento u hormigueo			NO
Dificultad para algún movimiento			NO
Disminución de la Fuerza			NO
Dolor o Inflamación			NO
Tos frecuente			NO
Dificultad respiratoria			NO
Gastritis, ulcera			NO
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			NO
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			NO
Dificultad para concentrarse			NO
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos			NO
Nerviosismo			NO
Cansancio mental			NO
Palpitaciones			NO
Dolor en el pecho (angina)			NO
Cambios visuales			SI
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual			NO
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			NO
Dificultad para oír			NO
Sensación permanente de cansancio			NO
Alteraciones en la piel			NO
Otras alteraciones no anotadas			NO

¿Su jefe 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?	X		
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	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	X		

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

¿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 _____

Realizo actividades físicas SI X NO como paradas
cuantas veces al día 3.
Dolores regulares (de flexión) SI, con frotamiento
de la que flexión como gatas y cerduras, duras los días
de que flexión como frotos. = para ver.

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: 08 Julio 25

NOMBRE:	<u>Rafael Escobar Sanchez</u>		
CEDULA:	<u>79496372 B1D DC</u>		
CARGO U OCUPACION:	<u>Auxiliar OP. G. 2</u>		
EDAD:	<u>57</u>	ESTATURA (Metros)	<u>1.60</u> PESO (Kilos) <u>58</u>
AREA	<u>Estacion de Servicio</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA:	<u>4 AÑOS</u>		
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD 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)
- Unión libre
- d. Separado (a)
- e. Divorciado
- f. Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

2

3. TIPO DE VINCULACION

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

4. GENERO

- Masculino
- b. Femenino

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

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

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

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

7. TENENCIA DE VIVIENDA

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

8. TURNO DE TRABAJO

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

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

- 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.)

HABITOS DE VIDA

ENCUESTA
EN EL DESARROLLO DE NIVEL ADMINISTRATIVO
¿Conoce los riesgos
¿Ha recibido
¿C...

10. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- c. Recreación y deporte
- d. Estudio
- 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
- Exámenes médicos anuales
- e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- No
- Cual: _____

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- a. Si _____ Frecuencia
- No _____ Semanal
 - _____ Quincenal
 - _____ Mensual
 - _____ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. Si
- b. No
- Cual: CAMINAR
- Frecuencia: Todos Los Días

15. FUMA

- a. Si
- 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			SI
Dolor de cuello, espalda y cintura			SI
Dolores musculares			NO
Adormecimiento u hormigueo			SI
Dificultad para algún movimiento			NO
Disminución de la Fuerza			SI
Dolor o Inflamación			NO
Tos frecuente			NO
Dificultad respiratoria			NO
Gastritis, ulcera			NO
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			SI
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			SI
Dificultad para concentrarse			A VECES
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos			NO
Nerviosismo			A VECES
Cansancio mental			SI
Palpitaciones			NO
Dolor en el pecho (angina)			NO
Cambios visuales			SI
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual			A VECES
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			SI
Dificultad para oír			A VECES
Sensación permanente de cansancio			A VECES
Alteraciones en la piel			SI
Otras alteraciones no anotadas			NO

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

¿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 NO
 Cuenta con días libres al día 3
 Desayuna regular (que desayuno) **QUECES** para **AGUAS AZÚCAR**
 La que formaría con leche y verduras. **Leche** todas por día,
 la que formaría con leche y verduras. **QUECES**.

ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Junior Operador 62

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: Julio 4/2025

NOMBRE: Viviana Catalina Buelvas Rodriguez
 CEDULA: 39583031
 CARGO U OCUPACION: Auxiliar Operativo 62
 EDAD: 41 ESTATURA (Metros) 1.52 PESO (Kilos) 80 kg
 AREA Estación De Servicios
 TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 6 MESES
 TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: 6 MESES

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

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión libre
- Separado (a)
- Divorciado
- Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

3

3. TIPO DE VINCULACION

- Contrato Fijo
- Contrato Indefinido
- Prestación de Servicios
- otro Cual _____

4. GENERO

- Masculino
- Femenino

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

- Solo
- 1 - 3 personas
- 4 - 6 personas
- Más de 6 personas

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

- Primaria
- Secundaria
- Técnico / Tecnólogo
- Universitario
- Otros

7. TENENCIA DE VIVIENDA

- Propia
- Familiar
- Arrendada
- Otro _____

8. TURNO DE TRABAJO

- Menos de 8 horas
- 8 horas
- Más de 8 horas

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

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

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: DERMATITIS

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- Frecuencia**
- a. Si
 - b. No
- Semanal
 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	X		Torticolis
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	X		Dermatitis
Alteraciones en la piel			
Otras alteraciones no anotadas	X		Yolor en brazo izquierdo

**17. EN EL DESARROLLO DE SU LABOR ENCUENTRA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
NIVEL ADMINISTRATIVO**

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL/ OBSERVACIONES
¿Conoce los riesgos a los que está expuesto en su lugar de trabajo?	X		Vapores del combustible
¿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	
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?		X	
¿Considera que los pisos, techos, paredes, escaleras, presentan riesgo para su salud?		X	
¿Existen cables sin entubar, empalmes defectuosos, toma eléctrica sobrecargada, transformadores defectuosos?		X	
¿Los sitios destinados para el almacenamiento son suficientes, poseen espacio adecuado y los insumos y productos se encuentran bien apilados?	X		
¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos?	X		Trabajo en el computador, tanque combustible
¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 60% de la jornada de trabajo?	X		
¿La altura de la superficie de trabajo es la adecuada a su estatura, la silla y la labor que realiza?		X	La silla es incómoda
¿Tiene espacio suficiente para variar la posición de las piernas y rodillas?	X		
¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?		X	No se deja ajustar esta sillonera.
¿En general dispone de espacio suficiente para realizar el trabajo con holgura?	X		
¿Su trabajo le exige mantenerse frente a la pantalla del computador más del 50% de la jornada?	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		
¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos?	X		
¿Su jefe le pide opinión sobre asuntos relacionados con su trabajo?	X		
¿La empresa cuenta con agua potable?	X		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	X		

**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?	X		Incendios, vapores de combustible.
¿Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	X		
¿El ruido ambiental le permite mantener una	X		

sin necesidad que lo sustituyan?	<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?			
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales	<input checked="" type="checkbox"/>		Gafas, guantes
¿La empresa cuenta con agua potable?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	<input checked="" type="checkbox"/>		

¿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 _____

cosme vedros.

si no. cada cinco.

~~de tipo de cosas.~~

1 Redes cotidianas fuera regularmente. si no.

2 Cuantos comedas raras al dia. 3.

3 Desechos regularmente. ¿de desechos? avises (huo, pack, jugo. pa integ, caracha)

4 Cada frecuencia carnes fritas y vedros. 3 veces a la semana

5 Cada frecuencia carnes dimeras fritas - NO carnes

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 AGUA EL DILUVIO, 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 AGUA EL DILUVIO 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: 12-07-2025

NOMBRE: <u>Wilper Javier Lizarazo S.</u>	
CEDULA: <u>1070610543</u>	
CARGO U OCUPACION: <u>Auxiliar Operativo 62</u>	
EDAD: <u>31</u>	ESTATURA (Metros) <u>175</u> PESO (Kilos) <u>80 Kilos</u>
AREA: <u>EDS</u>	
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: <u>28 mese</u>	
TIEMPO DE ANTIGÜEDAD EN EL CARGO: <u>28 meses</u>	

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

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión libre
- Separado (a)
- Divorciado
- Viudo (a)

2. ESTRATO SOCIOECONOMICO

3

3. TIPO DE VINCULACION

- Contrato Fijo
- Contrato Indefinido
- Prestación de Servicios
- otro Cual _____

4. GENERO

- Masculino
- Femenino

5. COMPOSICION FAMILIAR (Nº de personas con las que vive)

- Solo
- 1 - 3 personas
- 4 - 6 personas
- Más de 6 personas

6. GRADO DE ESCOLARIDAD

- Primaria
- Secundaria
- Técnico / Tecnólogo
- Universitario
- Otros

7. TENENCIA DE VIVIENDA

- Propia
- Familiar
- Arrendada
- Otro _____

8. TURNO DE TRABAJO

- Menos de 8 horas
- 8 horas
- Más de 8 horas

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

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

HABITOS DE VIDA

10. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- 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
- Exámenes médicos anuales
- e. Ninguna

12. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD

- a. Si
- No
- Cual: _____

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- Si
- No
- Frecuencia
- ____ Semanal
 - ____ Quincenal
 - ____ Mensual
 - Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

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

15. FUMA

- Si
- b. No
- Promedio diario: Debes encuando

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			Ocasionalmente
Dolor de cuello, espalda y cintura			Ocasionalmente
Dolores musculares			Ocasionalmente
Adormecimiento u hormigueo			Ocasionalmente
Dificultad para algún movimiento			NO
Disminución de la Fuerza			NO
Dolor o Inflamación			NO
Tos frecuente			NO
Dificultad respiratoria			NO
Gastritis, ulcera			NO
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo			NO
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)			NO
Dificultad para concentrarse			De vez en cuando
Irritabilidad (mal genio), actitudes y pensamientos negativos			Dependiendo del turno
Nerviosismo			Casual
Cansancio mental			Muy rara vez
Palpitaciones			NO
Dolor en el pecho (angina)			NO
Cambios visuales			Si por el elemento PP Gafas
Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual			Si por tpp Gafas
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos			NO
Dificultad para oír			NO
Sensación permanente de cansancio			Más o menos
Alteraciones en la piel			rayos solares
Otras alteraciones no anotadas			NO

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

			? 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?

CONDICION	SI	NO	POR QUE / CUAL / OBSERVACIONES
? Conoce bien los riesgos a los que está sometido en su puesto de trabajo?	X		
? Ha recibido capacitación sobre el manejo de los riesgos a los que está expuesto?	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?	<input checked="" type="checkbox"/>		haberes
¿Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo en el ambiente?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Manipula productos o desechos de origen animal o vegetal?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Su labor genera riesgos mecánicos (proyección de partículas, atropamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivos)?	<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"/>		
Pregunta solo para operadores. ¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida?			N/A
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"/>		las pistolas de las mangueras
¿Su labor le exige levantar y transportar cargas?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor?		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿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"/>		
¿Puede abandonar el trabajo por unos minutos sin necesidad que lo sustituyan?		<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"/>		
¿En su puesto de trabajo necesita utilizar elementos de protección personal? Cuales	<input checked="" type="checkbox"/>		Gafas, Guantes, Botas, Tapabocas casco
¿La empresa cuenta con agua potable?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Existe buen manejo de basuras y desechos?	<input checked="" type="checkbox"/>		

¿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 _____

de vez en cuando

los tres

De vez en cuando (Pastes, Pen, Gaseosos, Avena, Arcos, Sugas)

De vez en cuando

De vez en cuando