

ANEXO A. ENCUESTA: "PRACTICA EMPRESARIAL PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO DE ENFERMEDADES LABORALES EN LA EMPRESA COLBEEF S.A.S."

Objetivo General: Diseñar un programa preventivo de enfermedades laborales en la empresa Colbeef S.A.S. a través de una práctica empresarial que permita mejorar las condiciones laborales de sus trabajadores.

1. Edad

- ☐ Entre 18 y 25 años
- ☐ Entre 26 y 35 años
- ☐ Entre 36 y 45 años
- ☐ Entre 45 y 55 años
- ☐ Mayores de 55 años

Género

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Otro

INFORMACIÓN ACTIVIDAD LABORAL

Busca establecer la actividad que realiza y las condiciones generales.

2. Cargo que desempeña

- ☐ Auxiliar de subproductos
- ☐ Auxiliar de logística
- ☐ Auxiliar de línea
- ☐ Auxiliar de corrales
- ☐ Auxiliar de desposte
- ☐ Auxiliar de PTAR
- ☐ Auxiliar de PTAP
- ☐ Auxiliar de báscula

4. Antigüedad en el cargo actual

- ☐ 0 a 1 año
- ☐ 1 a 2 años
- ☐ 2 a 3 años
- ☐ 3 a 4 años
- ☐ 4 a 5 años
- ☐ 5 a 6 años
- ☐ 6 años o más

5. Mencione cada una de las actividades que desarrolla en ejercicio de su labor.

6. Horas Laboradas diariamente

- ☐ Menos de 8 horas
- ☐ 8 horas
- ☐ Entre 8 y 10 horas
- ☐ Más de 10 horas

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO EN PUESTO DE TRABAJO

7. FACTORES FÍSICOS - Califique las condiciones de Luz, Humedad, Temperatura, Ventilación, Ruido en su puesto de trabajo. (Donde 1 corresponde a poca o nada iluminación, altos niveles de temperatura o humedad y altas temperaturas y ruido. Y 5 corresponde a óptimas condiciones)

	1	2	3	4	5	
Malo	☐	☐	☐	☐	☐	Bueno

8. Describa si considera deben realizarse mejoras y/o cambios en las condiciones o factores físicos de su puesto de trabajo.

9. FACTORES BIOLÓGICOS- Si su labor implica exposición a virus, hongos o bacterias, califique las condiciones de los Implementos de Protección Personal. (Donde 1 corresponde a inexistentes implementos de Protección Personal. Y 5 corresponde a implementos en óptimas condiciones)

10.

	1	2	3	4	5	
Malo	☐	☐	☐	☐	☐	Bueno

10. Describa si considera deben realizarse mejoras y/o cambios en los Implementos de Protección Personal necesarios para el desarrollo de su labor.

11. FACTORES ERGONÓMICOS (Seleccione las condiciones que hacen parte del desarrollo de sus labores.)

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Esfuerzo físico
- ☐ Actividades repetitivas
- ☐ Malas condiciones del mobiliario
- ☐ Posturas corporales forzadas
- ☐ Levantamiento
- ☐ Transporte Manual de cargas
- ☐ Empuje o Tracción de cargas

12. Explique detalladamente la forma en que realiza la labor que implica la exposición al riesgo (s) seleccionado.

13. FACTORES MECÁNICOS - Seleccione las condiciones de

riesgo mecánicos a los que está expuesto en el desarrollo de sus funciones.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Elementos cortantes.
- ☐ Manejo de máquinas y/o herramientas manuales.
- ☐ Trabajo de alturas.
- ☐ Posible atrapamiento o aplastamiento.
- ☐ Caída de objetos.
- ☐ Transporte mecánico.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

14. Describa si considera deben realizarse mejoras y/o cambios en las condiciones de las herramientas de trabajo y riesgo mecánico.

15. FACTORES QUÍMICOS - Si su labor implica exposición a sustancias químicas, califique las condiciones de los implementos de protección personal.

	1	2	3	4	5	
Malas	☐	☐	☐	☐	☐	Buenas

16. FACTORES PSICOSOCIALES - Seleccione las condiciones que considere afectan el desarrollo de sus labores y en consecuencia, su salud emocional.

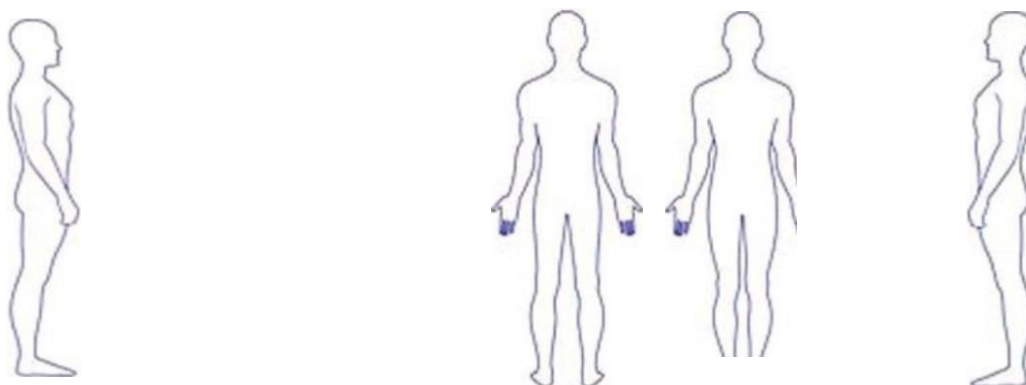
Selecciona todas las opciones que correspondan.

- ☐ Insatisfacción laboral.
- ☐ Relaciones con compañeros de trabajo.
- ☐ Relaciones con superior (es) jerárquico (s).
- ☐ Sobrecarga laboral.
- ☐ Horario de trabajo.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

CONDICIONES DE SALUD

Busca establecer las condiciones de salud de los trabajadores.

Identifique las partes del cuerpo donde padece algún dolor, malestar y/o enfermedad. Determine por cuales ha consultado a un profesional médico y cuales padece y maneja sin atención médica.



17. Escribir la parte del cuerpo identificada por el trabajador y al frente, especifique la forma en que está siendo tratado.

-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----
-----	-----

18. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS- Describa los diagnósticos médicos por los que ha recibido o recibe tratamiento médico.

19. RESTRICCIONES Y/O RECOMENDACIONES MÉDICAS- Describa si tiene restricciones médicas y si ha sido objeto de calificación de PCL o de origen.

20. Describa si considera se deben realizar mejoras en el área de trabajo.
