

**ANALISIS BIOMECANICO DEL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CONDUCTORES
DE SERVICIO PUBLICO DE LA EMPRESA TRANSGUAMUEZ S.A.**

AUTORES:

**ANDREA CAROLINA HIDALGO ARCINIEGAS
FRANKLIN DONOVAN CABRERA MONTERO**

**CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACION EN GERENCIA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
BOGOTA D.C.
NOVIEMBRE, 2020**

**ANALISIS BIOMECANICO DEL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CONDUCTORES
DE SERVICIO PUBLICO DE LA EMPRESA TRANSGUAMUEZ S.A.**

AUTORES:

**ANDREA CAROLINA HIDALGO ARCINIEGAS
FRANKLIN DONOVAN CABRERA MONTERO**

ASESOR (A):

MAGISTER. MALLERLY VIVIANA ESPINOSA URIBE

**CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
ESPECIALIZACION EN GERENCIA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
BOGOTA D.C.
NOVIEMBRE, 2020**

Tabla de contenido

Introducción	8
Capítulo 1. Descripción general del proyecto.....	9
1.1. Problema de la investigación.....	9
1.1.1. Planteamiento del Problema	9
1.1.2. Formulación del problema.....	10
1.2. Objetivos.....	10
1.2.1. Objetivo general	10
1.2.2. Objetivos específicos	10
1.3. Justificación	11
Capítulo 2. Marco de Referencia	12
2.1. Antecedentes.....	12
2.2. Marco Teórico.....	16
2.2.1. Seguridad y Salud en el Trabajo	16
2.2.2. Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL).....	17
2.2.3. Las Prestaciones Asistenciales Del Sistema	18
2.2.4. Riesgos en la Seguridad y Salud en el Trabajo	19
2.2.5. La Ergonomía y los Riesgos Biomecánicos	23
2.3. Marco conceptual	24
2.4. Marco Legal.....	25
Capítulo 3. Marco Metodológico	27
3.1. Tipo de estudio	27
3.2. Población.....	28

3.3. Procedimientos.....	30
3.4. Técnicas para la recolección de la información	30
3.5. Técnicas para el análisis de la información	39
3.6. Consideraciones Éticas	40
Capítulo 4. Análisis de Resultados	43
Discusión	62
Conclusiones	65
Recomendaciones	64
Bibliografía	66

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 PROCESO CUANTITATIVO.....	28
FIGURA 2 MÉTODO RULA: EVALUACIÓN DE LA CARGA POSTURAL PRIMER PARTE	31
FIGURA 3 MÉTODO RULA: EVALUACIÓN DE LA CARGA POSTURAL SEGUNDA PARTE	32
FIGURA 4 HERRAMIENTA ERGONAUTAS.....	36
FIGURA 5 ENCUESTA PARA OBTENER INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA...	39
FIGURA 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO	41
FIGURA 7 RANGO DE EDADES ENCUESTADOS.....	44
FIGURA 8 ESTADO CIVIL DE LOS ENCUESTADOS.....	45
FIGURA 9 PERSONAS A CARGO POR ENCUESTADO.....	46
FIGURA 10 NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS ENCUESTADOS	47
FIGURA 11 TENENCIA DE VIVIENDA DE LOS ENCUESTADOS.....	48
FIGURA 12 ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA DE LOS ENCUESTADOS	49
FIGURA 13 ANTIGÜEDAD EN EL CARGO DE LOS ENCUESTADOS.....	50
FIGURA 14 HORAS LABORADAS POR DÍA DE LOS ENCUESTADOS	51
FIGURA 15 SALARIO QUE RECIBEN EN SU LABOR.....	52
FIGURA 16 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA	53
FIGURA 17 CONDUCTORES VALORADOS POR CONSUMO DE CIGARRILLO	54
FIGURA 18 CONDUCTORES QUE PRACTICAN DEPORTE	55
FIGURA 19 FRECUENCIA CON LA QUE LOS CONDUCTORES PRACTICAN DEPORTE.....	55
FIGURA 20 CONDUCTORES QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS	56
FIGURA 21 CONDUCTORES QUE HAN TENIDO MOLESTIAS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES.....	57

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 ANTECEDENTES DOCUMENTALES REVISADOS.....	12
TABLA 2 NORMATIVIDAD EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO VIGENTE AL AÑO 2019	25
TABLA 3 TABLA DE CLASIFICACIÓN AREA A MUÑECA.....	32
TABLA 4 TABLA DE CLASIFICACIÓN AREA B TRONCO.....	33
TABLA 5 TABLA DE PUNTUACIONES	34
TABLA 6 CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE ACCIÓN	34
TABLA 8 PARQUE AUTOMOTOR TRANSGUAMUEZ S.A.....	43
TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE 20 CONDUCTORES EVALUADOS ERGONÓMICAMENTE CON EL MÉTODO RULA POR NIVEL DE RIESGO.	57
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE 20 CONDUCTORES EVALUADOS ERGONÓMICAMENTE CON EL MÉTODO RULA POR ÁREAS.	58
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE 20 CONDUCTORES EVALUADOS ERGONÓMICAMENTE CON EL MÉTODO RULA, SEGÚN SEGMENTOS CORPORALES.	59
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE 20 CONDUCTORES EVALUADOS ERGONÓMICAMENTE CON EL MÉTODO RULA, SEGÚN MOVIMIENTOS TORSIONES O INCLINACIONES POR SEGMENTOS CORPORALES.	60

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	69
---	----

Introducción

El objetivo de este trabajo de grado tiene que ver con la evaluación de las condiciones de trabajo de los conductores de servicio público de la empresa Transguamuez S.A., esto con el fin de identificar los riesgos biomecánicos a los que se encuentran expuestos y proponer las soluciones ante estos resultados.

Para lograr lo anterior, se toma una muestra del total de los conductores de la empresa que se encuentran en servicio ya que debido a condiciones de pandemia por el COVID-19 el servicio prestado por la empresa se disminuye en un porcentaje considerable, los conductores en servicio serán encuestados socio demográficamente y se les realizara una evaluación bajo una metodología detallada, esta metodología realizara un estudio ergonómico que busca demostrar las condiciones de trabajo de los conductores, se tendrán en cuenta temas como; temperatura, ruido, ergonomía de las cabinas de los vehículos como también las posturas adoptadas por los profesionales en la conducción.

Con este diagnóstico se busca proponer mejoras que beneficien a los conductores de la empresa Transguamuez S.A. y con ello fomentar el interés en los trabajadores que hacen parte de este importante sector económico del país.

Capítulo 1. Descripción general del proyecto

1.1. Problema de la investigación

1.1.1. Planteamiento del Problema

En el sector de transporte público y de carga se evidencia la insuficiencia de análisis a los cargos de conductores que prestan el servicio, teniendo en cuenta las condiciones de trabajo a las cuales están expuestos y los diferentes riesgos y amenazas presentes en su labor, de igual manera se prevé que laboran en promedio de 10 a 12 horas por día, por ello para llevar a cabo esta actividad se cree que sobre pasan el promedio de horas laborales adecuado según el código sustantivo del trabajo que dispone de una “duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho (8) horas al día y cuarenta y ocho (48) a la semana” (Senado de la Republica de Colombia , 1951), predominando el riesgo biomecánico en el desarrollo de este cargo.

De igual manera, los conductores se ven expuestos riesgos ambientales, psicosociales y ergonómicos, este último se debe a que deben ejecutar diferentes actividades al tiempo, y las cuales se tornan repetitivas por tal motivo pueden causar lesiones musculo esqueléticas si no se dispone de un puesto de trabajo adecuado. Además, (Oyola Bayona, 2014) afirma que “La exposición a la vibración mecánica de todo el cuerpo es ampliamente reconocida como causante de los trastornos músculo-esqueléticos de la columna vertebral del sistema entre los conductores profesionales, con los efectos adversos más frecuentes de ser dolor en la zona Lumbar, la degeneración precoz de la columna vertebral y del disco intervertebral (núcleo pulposo)” por ello es necesario tomar medidas necesarias que prevengan o minimicen el impacto de estas acciones en el conductor.

De acuerdo al riesgo biomecánico causado por las actividades anteriormente mencionadas, puede ser que el aumento en la aparición del dolor de espalda baja

(Lumbar) entre los conductores tienen un incremento notable por el efecto combinado de la vibración y la postura sentada a diferencia del incremento de dolor lumbar por un efecto individual de vibración y la postura sentada. De hecho, tanto la vibración y la postura sentada (con relación a la postura de pie), particularmente en posturas de flexión, se ha demostrado que aumenta la presión en el disco (Oyola Bayona, 2014). Con esto se evidencia que hay riesgo constante en cada vehículo y que al ser difícil de eliminar se debe optar por ser minimizado.

Por ello se busca entonces, identificar los problemas causados a los conductores de la empresa Transguamuez S.A. y presentar acciones que conlleven a mejorar las condiciones de trabajo en relación al conductor con el vehículo, compensando las habilidades incorrectas presentes en el desarrollo de su trabajo.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cómo es la postura de trabajo desde el punto de vista biomecánico de los conductores de servicio público de la empresa Transguamuez SA?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Analizar desde el punto de vista biomecánico la postura en el puesto de trabajo de los conductores de servicio público de la empresa Transguamuez S.A

1.2.2. Objetivos específicos

- Realizar la caracterización del talento humano de los conductores de transporte público y de carga de la empresa Transguamuez S.A.

- Aplicar el instrumento ergonómico que cumpla las características adecuadas para valorar la postura en el puesto de trabajo de los conductores de transporte público y de carga de la empresa Transguamuez S.A.
- Valorar los riesgos biomecánicos a los cuales están expuestos diariamente los conductores de transporte público y de carga de la empresa Transguamuez S.A.

1.3. Justificación

Los sistemas de transporte constituyen una pieza clave en el funcionamiento de las ciudades modernas, debido a que ofrecen un servicio que atiende a la mayoría de la población, lo cual permite que se transporten de una ciudad a otra, se transporte mercancía, productos de primera necesidad permitiendo que en la zona del país donde nos encontramos halla un avance en la economía del sector.

“En Colombia son pocos los estudios realizados a cerca de este tema, pero los mismos han concluido que las principales molestias presentadas por los conductores son: osteoarticulares, oculares, hipertensivas y auditivas” (Chaparro Narváez & Guerrero, 2001).Las múltiples situaciones que presentan los conductores en su labor diaria , implican complicaciones en la salud , desencadenando no solo desordenes musculo- esqueléticos, afectado miembros superiores y columna sino que también aumentando el riesgo psicosocial desatando estrés y agotamiento.

Con este estudio se busca beneficiar al conductor, la empresa y a la ciudad del Valle del Guamuez; se pretende establecer los principales riesgos biomecánicos y las características del puesto de trabajo de los conductores de servicio público intermunicipal de la empresa Transguamuez S.A para que así se puedan determinar las estrategias que minimicen estos factores y prevenir las patologías asociadas, mejorando la calidad de vida del sector transporte.

Capítulo 2. Marco de Referencia

2.1. Antecedentes

A lo largo de los años se han venido realizando una serie de estudios donde se evidencia las distintas condiciones de los puestos de trabajo y sus complicaciones a mediano y largo plazo, a continuación, se presenta algunas guías:

Tabla 1

Antecedentes documentales revisados

TITULO	AUTORES	AÑO	RESUMEN
ASOCIACIÓN ENTRE HORAS DE TRABAJO Y EL DOLOR LUMBAR EN CONDUCTORES DE UNA EMPRESA DE TRANSPORTE PÚBLICO”	Guevara Joselyn Illa Rosalinda	2018	Esta es una investigación realizada en la ciudad de Lima, Perú de tipo observacional que tenía por objetivo determinar r la asociación de horas de trabajo con el dolor lumbar en los conductores de transporte público, Se realizó un estudio analítico mediante cuestionarios cerrados y evaluación física a 185 conductores de sexo masculino, todos ellos pertenecientes a una compañía de transporte público. Se obtuvieron resultados tales como: asociación entre las horas de trabajo y el dolor lumbar, puesto que a menos horas de trabajo (13.5 horas promedio) está expuesto el conductor tendrá dolor lumbar, mientras que a más horas (14.3 horas promedio) no presenta dolor lumbar. Se concluyó que la labor del conductor por largo tiempo al día puede ser riesgoso para su salud, como generar el dolor lumbar por causas posturales, provocando así inasistencias laborales o disminución

			en la producción hasta llegar al abandono laboral.
ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGOS BIOMECÁNICOS GENERADORES DE (DLI) Y (ED), EN CONDUCTORES DE TAXI DE LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO META EN EL AÑO 2015	Rodríguez Ricardo López Paula	2016	<p>Este estudio se realizó en la ciudad de Villavicencio Meta Colombia en el año 2015, tipo no experimental transversal, se realizó el estudio a 150 personas entre ellas 141 hombre y 9 mujeres por medio de encuestas y método observacional en su ambiente laboral.</p> <p>Los automóviles utilizados para el servicio público están diseñados y ensamblados bajo estándares internacionales de calidad debidamente certificados, se concluye que los problemas de salud de origen biomecánico en los conductores de taxi no parten del diseño del puesto de trabajo, sino del tiempo de exposición a los diferentes factores de riesgo (8 a 18 horas continuas), es imposible eliminar o minimizar los riesgos latentes; la única forma de prevenir enfermedades laborales como Dolor lumbar inespecífico (DLI) y Enfermedad Discal(ED) es implementando medidas de prevención y control directamente en el individuo, como capacitaciones sobre pausas activas y posturas saludables que eviten todo tipo de desórdenes musculo esqueléticos</p>
FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICO Y CONDICIONES DE TRABAJO ASOCIADOS A SINTOMATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR, EN	Morales Diana	2015	<p>El objetivo de este artículo era, evaluar los factores de riesgo ergonómico y las condiciones de trabajo asociadas a sintomatología osteomuscular en conductores de una cooperativa del sector de transporte público en tres municipios de</p>

<p>CONDUCTORES DE UNA COOPERATIVA DEL SECTOR DE TRANSPORTE PÚBLICO EN TRES MUNICIPIOS DE CUNDINAMARCA, COLOMBIA 2015.</p>	<p>Cundinamarca, Colombia 2015.tipo de estudio de corte transversal realizado a 158 conductores de transporte público. La evaluación de las condiciones de trabajo se realizó por medio de la “Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo” del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT) y para la identificación de los síntomas y factores de riesgo ergonómicos, se usó el “Cuestionario Ergopar” en su versión validada al español.</p> <p>Resultados: Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables cualitativas con distribuciones de frecuencia, absolutas y porcentajes. La prevalencia de los síntomas osteomusculares fue mayor en espalda lumbar (41.1%), seguida de cuello, hombros y/o espalda dorsal (36.7%).</p> <p>La morbilidad osteomuscular en cuello/hombro y/o espalda dorsal, espalda lumbar y manos y muñecas presentó una asociación mayor con las condiciones no ergonómicas (postura, manipulación de carga, movimientos repetitivos) y condiciones de trabajo (infraestructura de vías, velocidad del trabajo, plazos y metas para realizar el trabajo).</p>		
<p>EVALUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO PARA CONDUCTORES DE BUS TIPO HINO EN LA EMPRESA</p>	<p>Gutiérrez Gustavo Quintero Kathy Suarez Mónica</p>	<p>2015</p>	<p>En este estudio describe y analiza el puesto de trabajo de conductor de bus tipo Hino de la empresa TRANSPORTES ESPECIALES CONDOR “ESCONDOR S.A.”, la cual se dedica al transporte especial colectivo de pasajeros en</p>

ESPECIALES CONDOR

“ESCONDOR S.A.”

modalidades de tipo escolar, empresarial y de turismo a nivel nacional.

El análisis de puesto de trabajo para Conductores de Bus, evidencia la importancia de contar con sillas ergonómicas como herramienta principal en el desarrollo de la labor.

Se determina que las sillas son inadecuadas para la talla y contextura de los diferentes tipos de fisionomía de la cultura colombiana.

RECOMENDACIONES Senior Rafael
 ERGONÓMICAS PARA EL Cabrera Armando
 DISEÑO Y USO DE LA
 SILLA DEL PUESTO DE
 TRABAJO DEL
 CONDUCTOR DE BUSES
 DE TRANSPORTE
 INTERDEPARTAMENTAL
 DE PASAJEROS

El artículo nos brinda recomendaciones claves para el diseño y uso de la silla del puesto de trabajo de un conductor de bus y se describe algunos factores de riesgo.

Uno de los principales problemas es el riesgo ergonómico causado por el diseño de la silla y del puesto de trabajo. La posición adoptada debido a su mal diseño causa presiones anormales en los discos intervertebrales que terminan en dolor, impotencia funcional y/o hernias de disco; para evitar estos dolores nos brindan recomendaciones como:

2013

- Altura de la silla
- Profundidad del asiento
- Espaldar de la silla
- Soporte de la silla
- Componentes de la silla
- Uso del cinturón de seguridad.

En conclusión, las características generales que debe tener una silla adecuada son:

- Altura y profundidad graduables.
 - Estabilidad.
-

- El eje debe coincidir con el centro de gravedad del usuario.
 - Espaldar con soporte lumbar, regulable en angulación.
 - Asiento blando, pero firme, de material permeable y lavable.
 - La profundidad del asiento no debe ser mayor que la distancia entre los glúteos y la parte posterior de las rodillas.
-

Nota: Se recopila información de los documentos descritos en la tabla, los cuales fueron de gran importancia para la realización de esta investigación

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Seguridad y Salud en el Trabajo

En concepto, se reconoce la importancia de la salud laboral en los entornos de trabajo, porque tiene por objetivo prevenir enfermedades y promover adecuados hábitos de salud, tratamientos y rehabilitación de lesiones o enfermedades derivadas del trabajo (García, Benavides, & Ruiz Frutos, 2000).

En Colombia contamos con la Guía Técnica Colombiana GTC-45 del 2012 la cual nos sirve para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional en su anexo c, donde se define las causas biomecánicas de los trastornos músculo-esqueléticos. Esta enmarca las condiciones biomecánicas en postura, movimientos repetitivos, esfuerzo, manipulación de manual de cargas, psicosociales, así como clasifica el nivel de impacto. También podemos evaluar los incidentes de trabajo la Resolución 1401 de 2007- Ministerio de la Protección Social se refiere a estos como toda lesión corporal que el trabajador sufra a consecuencia del trabajo o las producidas en el trayecto habitual entre éste y el domicilio del mismo, ya sea por malas condiciones de trabajo o carencia de ejercicios preventivos que disminuyan el riesgo.

Por otro lado, tenemos la enfermedad laboral que es la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar (Ley 1562 de 2012 Sistema de Riesgos Laborales). Las enfermedades producto de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores, si bien algunas no se reflejan de manera contigua y en ocasiones no son muy perceptibles hasta pueden llegar a compararse como una enfermedad de carácter no laboral afectando aún más el bienestar del trabajador.

La Ley N°1562, en su artículo 1 del año 2012, el SG- SST se define como: Un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo. Por ello el Gobierno nacional, determina de forma periódica las enfermedades laborales, en las que se demuestre relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional. De conformidad con lo establecido en Ley 1562 de 2012, en la misma se consagra el accidente de trabajo como “todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y, que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte”, la enfermedad laboral tiene muchos significados, sin embargo, se acepta de manera genérica como concepto, “todo efecto sufrido al ser humano como consecuencia a la exposición y afectación de diferentes factores de riesgo, durante su labor y el medio en el que se desenvuelve de forma concurrente” (Ley N°1562, Art. 1, 2012).

2.2.2. Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL)

El Decreto Ley 1295 de 1994, determinó la creación, organización y administración del SGRL que fue reglamentado en el Decreto 676 de 1995, según las facultades extraordinarias conferidas en el numeral 11 del artículo 139 de la ley 100 de 1993, este sistema forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, y tiene como elementos sustanciales la seguridad y salud en el trabajo, los accidentes

de trabajo, enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones del trabajo. Esta misma ley, define como sus objetivos: “establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos (físicos, químicos, biológicos, biomecánicos, psicosociales y públicos) derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva de los trabajadores”.

Este Sistema de gestión está conformado por las entidades encargadas de la dirección, control y vigilancia del sistema como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, el Consejo Nacional de Riesgos Laborales, la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) públicas y privadas, los empleadores y los trabajadores.

Anteriormente en el SGRL (Sistema de Gestión de Riesgo Laboral) es responsable al igual que las ARL, la empresa y los trabajadores afiliados del desarrollo de programas de prevención y control de riesgos laborales, brindar asistencia técnica, atención a los accidentes de trabajo o a las enfermedades propias del trabajo, además del cumplimiento del cuidado de la salud, el cumplimiento de las normas de seguridad y salud de los trabajadores y de las condiciones mismas de la empresa. Todos los empleadores deben afiliarse al Sistema General de Riesgos Laborales, la afiliación de los trabajadores dependientes es obligatoria para todos los empleadores.

2.2.3. Las Prestaciones Asistenciales Del Sistema

La Ley 776 de 2002, define que todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad laboral tendrá derecho, según sea el caso a:

- a. Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- b. Servicios de hospitalización.
- c. Servicio odontológico.

- d. Suministro de medicamentos.
- e. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- f. Prótesis y órtesis, su reparación y su reposición, solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomienda.
- g. Rehabilitación física y laboral.
- h. Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

Adicionalmente los trabajadores afiliados al sistema tendrán derecho de reconocimiento y beneficios económicos en caso de sufrir un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, así:

- a. Subsidio por incapacidad temporal.
- b. Indemnización por incapacidad permanente parcial.
- c. Pensión de invalidez.
- d. Pensión de sobrevivientes.
- e. Auxilio funerario.

2.2.4. Riesgos en la Seguridad y Salud en el Trabajo

Los riesgos laborales han ido cambiando a lo largo de toda la historia. El mismo concepto de riesgo laboral supone un logro porque durante mucho tiempo ha carecido de sentido. El trabajador carecía de cualquier derecho; su trabajo era su vida y su obligación, se le mantenía para que trabajara, y si sufría cualquier daño, parcial o letal, era su suerte. Objetivo del trabajo era obtener unos resultados en el menor tiempo, al margen de los costes, especialmente de los humanos (Moreno Jimenes, 2011)

Se denomina riesgo laboral a los peligros existentes en nuestra tarea laboral o en nuestro propio entorno o lugar de trabajo, que puede provocar accidentes o cualquier tipo de siniestros que, a su vez, sean factores que puedan provocarnos heridas, daños físicos o psicológicos, traumatismos, etc. Sea cual sea su posible efecto, siempre es negativo para nuestra salud. (Definición MX, 2013)

Se referencian varias clasificaciones con respecto a los riesgos laborales, sin embargo, tomaremos la referenciada por la (GUÍA TÉCNICA COLOMBIANA GTC 45, 2010). En donde presenta la siguiente clasificación:

Riesgos Biológicos: Todos aquellos seres vivos ya sean de origen animal o vegetal y todas aquellas sustancias derivadas de los mismos, que pueden ser susceptibles de provocar efectos negativos en la salud de los trabajadores en la forma de procesos infecciosos, tóxicos o alérgicos. Se clasifican en: Animales: Vertebrados, invertebrados, derivados Vegetales: Musgos, helechos, semillas, derivados Fúngelos: Hongos Protistas: Amebas, plasmodium Mónera: Bacterias Virus.

Riesgos Físicos: Son todos aquellos factores ambientales de naturaleza física que pueden provocar efectos adversos a la salud según sea la intensidad o el tiempo de exposición. Se clasifican en: Energía mecánica: Ruido, vibraciones, presión barométrica Energía térmica: Calor, frío Energía electromagnética: Radiaciones ionizantes: Rayos X, rayos gama, rayos beta, rayos alfa y neutrones Radiaciones no ionizantes: Radiaciones ultravioleta, radiación visible, radiación infrarroja, microondas y radiofrecuencias.

Riesgos Químicos: Toda sustancia orgánica e inorgánica, natural o sintética que durante la fabricación, manejo, transporte, almacenamiento o uso, pueda incorporarse al aire ambiente y ser inhalada, entrar en contacto con la piel o ser ingerida, con efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes o tóxicos y en cantidades o tiempos de exposición que tengan probabilidades de lesionar la salud de las personas. Se clasifican en: Aerosoles: Sólidos: Polvos orgánicos, polvos inorgánicos, humo metálico, humo no metálico, fibras Líquidos: Nieblas, rocíos. Gases y vapores.

Riesgo Psicosocial: Se divide en 3 que se relacionan entre si.

Carga de Trabajo: son los factores referidos a los esfuerzos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador en el desempeño de su tarea. Se divide en:

Carga física: esfuerzos físicos de todo tipo (manejo de cargas, posturas de trabajo, movimientos repetitivos). Puede ser estática o dinámica.

Carga mental: nivel de exigencia psíquica de la tarea (ritmos de trabajo, monotonía, falta de autonomía, responsabilidad).

Se refiere a variables como la jornada, horario, estilo de mando, comunicación, participación y toma de decisiones, relaciones interpersonales. Los factores de riesgo nunca se presentan aisladamente. En el entorno de trabajo interactúan muchos de estos factores, es decir, están presentes varios factores de riesgo al mismo tiempo, de forma que se potencian sus efectos nocivos.

De esta forma, la alteración en la salud puede originarse de manera simultánea por un conjunto de factores concurrentes y diferenciables en el ambiente, por tanto, no existe un espacio libre de riesgos latentes o riesgos potenciales, es necesidad de todos los actores prevenir y garantizar la seguridad y la salud de todos los trabajadores frente a sus riesgos derivados. Así las cosas, estas condiciones de riesgo deben ser analizadas profundamente por los expertos en seguridad y salud en el trabajo, de cara a determinar un mapa de riesgos causal con cada proceso laboral en particular, y de manera conjunta diagnosticar la sumatoria de riesgos y su impacto en la salud y la seguridad en el trabajo, la higiene industrial, la aplicación de la medicina en el trabajo, la psicología y la ergonomía, para ello se recomienda un grupo interdisciplinario de profesionales, que de manera consecuente y propositiva, argumenten planes de mitigación y ajuste (Gomez Quintero, Marquéz, & Rincón Ramirez, 2018)

Riesgos Mecánicos: Se entiende por riesgo mecánico el conjunto de factores físicos que pueden dar lugar a una lesión por la acción mecánica de elementos de máquinas, herramientas, piezas a trabajar o materiales proyectados, sólidos o fluidos. El concepto de máquina comprende a todos aquellos conjuntos de

elementos o instalaciones que transforman energía con vista a una función productiva principal o auxiliar. Es común a las máquinas el poseer en algún punto o zona concentraciones de energía, ya sea energía cinética de elementos en movimiento u otras formas de energía (eléctrica, neumática, etc) (Uc3m, 2020)

Riesgo Biomecánico: El riesgo biomecánico se refiere a todos aquellos elementos externos que actúan sobre una persona que realiza una actividad específica. El objeto de estudio de la biomecánica tiene que ver con cómo es afectado un trabajador por las fuerzas, posturas y movimientos intrínsecos de las actividades laborales que realiza. Existe riesgo biomecánico cuando se realizan tareas que ameritan un mayor esfuerzo, por parte del trabajador, del que el músculo está dispuesto a ejercer. Esto puede traer graves consecuencias para la salud: desde dolencias específicas temporales, hasta lesiones permanentes. (Rodríguez, 2018)

A continuación, citamos la serie de factores de riesgo biomecánico que pueden presentarse en los sitios de trabajo y que llegan a afectar a los trabajadores lo cuales son referenciados por (Rodríguez, 2018)

Factores de las condiciones de trabajo: Las condiciones laborales son fundamentales para evitar riesgos biomecánicos. Tanto en labores administrativas como operativas, es importante tomar en cuenta algunos elementos que pueden ser muy perjudiciales si no se consideran de forma adecuada. Las siguientes son algunas de las condiciones laborales susceptibles de significar un riesgo biomecánico: Fuerza, Postura y movimientos. (croem.es, 2017)

Factores organizacionales: Hay otros factores que pueden significar riesgos biomecánicos, como, por ejemplo, aquellos que tienen que ver con los aspectos organizativos de las labores, no se trata solo de las tareas específicas que realizará el trabajador, sino sobre la cantidad de trabajo realiza y cuánto tiempo debe invertir en dichas tareas; Carga de trabajo, duración de la jornada. (croem.es, 2017)

Factores ambientales: Los factores ambientales afectan fuertemente a los trabajadores. Un ambiente inadecuado puede generar lesiones y malestares en las personas; Espacio de trabajo, iluminación, materiales de trabajo y ventilación. Y contemplando aquéllas formas de ocurrencia de accidentes, las cuales se pueden clasificar en:

- Caídas de altura.
- Caídas al agua.
- Caídas al mismo nivel.
- Caída de objetos.
- Golpes o choques con o por objetos.
- Cortes con o por objetos.
- Atrapamientos/aplastamientos/aprisionamientos.
- Pisadas sobre objetos. (croem.es, 2017)

2.2.5. La Ergonomía y los Riesgos Biomecánicos

El Consejo de la IEA (Internacional Ergonomics Association) que agrupa a todas las sociedades científicas a nivel mundial estableció desde el año 2000 la siguiente definición, que abarca la interdisciplinariedad que fundamenta a esta disciplina. "Ergonomía (o Factores Humanos) es la disciplina científica relacionada con la comprensión de las interacciones entre los seres humanos y los elementos de un sistema, y la profesión que aplica teoría, principios, datos y métodos de diseño para optimizar el bienestar humano y todo el desempeño del sistema." De allí se desprende el alcance y su cobertura y el desarrollo de nuevas aplicaciones, como la biomecánica para identificar y comprender las necesidades y características del usuario. La biomecánica es definida por (Pinto & Cordova, 2009) como:

“La ciencia que estudia los principios, los métodos y las aplicaciones de las leyes del movimiento mecánico en los sistemas biológicos. Hace énfasis en aspectos

físicos del trabajo y la adaptación biológica a ellos en temas como: manejo manual de cargas, fuerzas, repeticiones, posturas, vibraciones, repetitividad, etc.”

En estudios biomecánicos realizados para analizar tareas industriales se identificaron condiciones que afectan la productividad y el bienestar de los trabajadores, se encontró una relación directa entre la eficiencia en el trabajo (Sáenz Zapata, 2009).

En materia de desarrollo aplicado a la prevención y al control, laboratorios de Ergonomía y movimiento se reporta el aumento del desarrollo de instrumentos de medición basados en el uso de monitoreo ergonómico, evaluaciones en tiempo real y simuladores para rehabilitación. A través de la aplicación de Métodos de Evaluación Ergonómica se pueden identificar y valorar los factores de riesgo ergonómico presentes en los puestos de trabajo.

2.3. Marco conceptual

ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO (APT): Analiza, describe, clasifica, organiza, diseña y gestiona el trabajo en la organización determinando lo que hacen las personas, cuáles son las características de su actividad, los procesos a que tienen lugar y cuáles son las Calificaciones o requisito que se necesitan para el desarrollo del puesto. (Carrasco Carrasco, 2009)

BIOMECÁNICA: ciencia que estudia los principios, los métodos y las aplicaciones de las leyes del movimiento mecánico en los sistemas biológicos. Hace énfasis en aspectos físicos del trabajo y la adaptación biológica a ellos en temas como: manejo manual de cargas, fuerzas, repeticiones, posturas, vibraciones, repetitividad, etc. (Pinto & Cordova, 2009)

CONDICIONES DE TRABAJO: La LPRL en el Art. 4.7, la condición de trabajo se define como cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia

significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. (Del Prado, 2013)

ERGONOMIA: Según la Asociación Internacional de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona. (Asociación Española de Ergonomía, s.f.)

SALUD: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

RIESGO ACEPTABLE: Riesgo que ha sido reducido a un nivel que puede ser tolerado por la organización teniendo en cuenta sus obligaciones legales, más aún su propia política de Seguridad y Salud. (ISO 45001, 2018)

2.4. Marco Legal

Se han seleccionado las normas colombianas principales y que son de obligatorio cumplimiento sin importar la clasificación de la empresa, no importa si es una UPA, una MICRO, una PYME, por tal motivo se escogió este listado de normas que se tendrán en cuenta en el desarrollo de nuestra investigación. (Ver tabla n° 1)

Tabla 2

Normatividad en seguridad y salud en el trabajo vigente al año 2019

EMISOR	JERARQUÍA DE LA NORMA	NÚMERO	AÑO	TÍTULO
Congreso de Colombia	Ley	1010	2006	Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo
Congreso de Colombia	Código	Código Sustantivo del Trabajo	1951	Regulación de Relaciones Laborales

Ministerio de la Protección Social	Resolución	1401	2007	Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
Ministerio de la Protección Social	Resolución	2346	2007	Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.
Ministerio de la Protección Social	Resolución	2646	2008	Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen d
Ministerio del Trabajo	Resolución	00000652	2012	Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se di tan otros disposiciones.
Ministerio del Trabajo	Resolución	0312	2019	Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST
Ministerio del Trabajo	Decreto	1072	2015	Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo
Ministerio del Trabajo	Resolución	1409	2012	Por la cual se establece el reglamento de seguridad para protección contra caídas en trabajo en alturas.
Ministerio del Trabajo y Seguridad Social	Decreto – Ley	1295	1994	Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales
Ministerio del Trabajo y Seguridad Social	Resolución	1792	1990	Por la cual se adoptan valores límites permisibles para la exposición ocupacional al ruido.
Ministerio del Trabajo y Seguridad Social	Resolución	2013	1986	Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo
Ministerio del Trabajo y Seguridad Social	Resolución	2400	1979	Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.

Fuente: <https://safetya.co/normatividad-en-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2019/>

Capítulo 3. Marco Metodológico

La metodología que utilizaremos para el desarrollo de la investigación contiene etapas que comprenden el desarrollo del trabajo de la especialización Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo, el proceso investigativo tiene una secuencia que guiará el plan de trabajo se usará para la elaboración de la intervención en el puesto de trabajo a tomar, en él se identificarán; variables demográficas, conductas y el comportamiento que pueden llegar a afectar el bienestar laboral de los conductores.

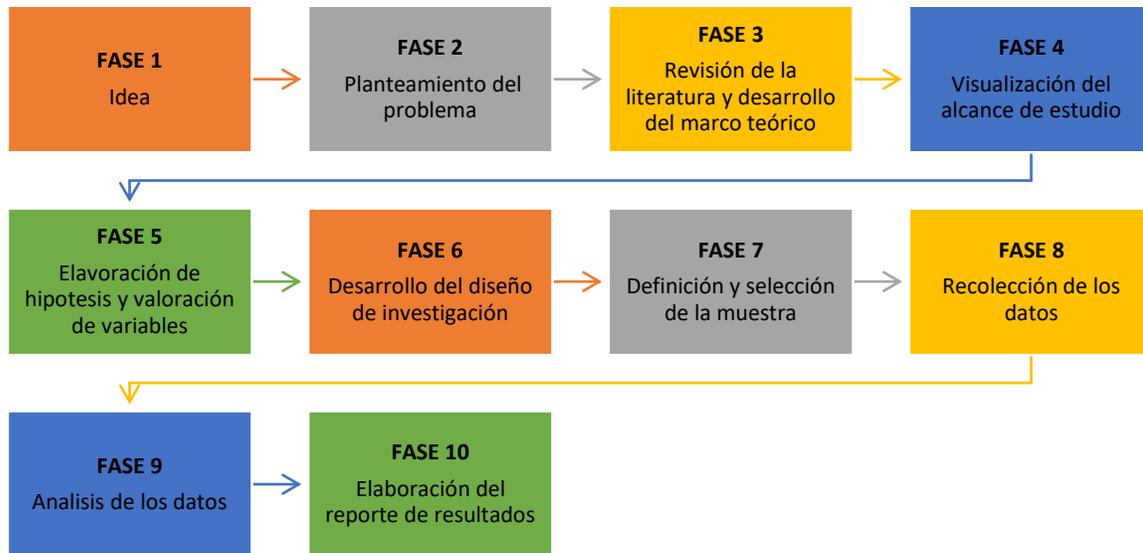
3.1. Tipo de estudio

Este estudio es cuantitativo, utilizando la recolección de datos a través del instrumento RULA y la encuesta Sociodemográfica para determinar el riesgo biomecánico en el puesto de trabajo de los conductores de servicio público de la empresa Transguamuez. S.A. de acuerdo con (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010) manifiestan que usan la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, además señalan que este enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase y parte de una idea, que va acotándose y, una delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica.

Con esto se observará, describir y establecer de manera general, el riesgo biomecánico en el puesto de trabajo de los conductores de servicio público de la empresa Transguamuez. S.A. a continuación se muestra en la figura N° 1 el procedimiento a seguir para llevar a cabo la investigación.

Figura 1

Proceso cuantitativo



Fuente: (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

3.2. Población

La población comprende 89 Conductores de la empresa Transguamuez. S.A. los cuales laboran en el servicio de transporte de pasajeros y de carga, de los cuales en este momento de Pandemia de Covid 19 se encuentran laborando 20 conductores con todos los requerimientos de bioseguridad establecidos por el gobierno nacional.

De esta población de 20 conductores se extraerá mediante muestreo representativo, una muestra de 20 conductores, el tamaño se calculó con la siguiente fórmula; la cual tiene un nivel de confianza del 100%

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) • z = puntuación z

Nota: la formula se obtuvo del siguiente enlace

<https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

Unidad de análisis

Para determinar el riesgo biomecánico al cual se encuentran expuestos los conductores de servicio público de la empresa Transguamuez. S.A., en el puesto de trabajo, los instrumentos que se aplicarán serán el método Rula, encuesta sociodemográfica.

Criterios de tipificación de la muestra

Criterios de inclusión

- Participación voluntaria de los conductores
- Ser conductor de la empresa Transguamuez. S.A.
- Estar presente en el momento de la recolección de información

Criterios de exclusión

- No brindar información completa en los instrumentos de recolección de información
- No diligenciar el consentimiento informado para desarrollar la evaluación

- Conductores de transporte de pasajeros y carga de la empresa Transguamuez. S.A., que no se encuentran presentes por la Pandemia de COVID-19

3.3. Procedimientos

En los procedimientos realizados en el proceso de investigación para llegar a feliz término en este trabajo se llevó a cabo el siguiente cronograma que está reflejado en el anexo n°1 en el cual se evidencia paso a paso las actividades programadas y realizadas. (Ver anexo N° 1)

3.4. Técnicas para la recolección de la información

Método RULA: Evaluación de la carga postural: A continuación, en las figuras 2 y 3 se muestra el diseño para la evaluación de la carga postural de los conductores.

Figura 2

Método RULA: Evaluación de la carga postural primer parte

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador
Puesto	Cargo	Empresa
		Fecha
Lado derecho:		
Brazo derecho		
Antebrazo derecho		
Muñeca derecha		
Fuerza de muñeca del lado derecho		
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto	
SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida <input type="checkbox"/> 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1		
<input type="checkbox"/> Cuyo la línea media del cuerpo o sea hacia los lados		
<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media +1		
Lado izquierdo:		
Brazo izquierdo		
Antebrazo izquierdo		
Muñeca izquierda		
Fuerza de muñeca del lado izquierdo		
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto	
SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida <input type="checkbox"/> 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1		
<input type="checkbox"/> Cuyo la línea media del cuerpo o sea hacia los lados		
<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media +1		

Fuente: (Diego Mas, 2015)

Figura 3

Método RULA: Evaluación de la carga postural segunda parte

Cuello				
Torsión de cuello				
Inclinación lateral cabeza				
Tronco				
Torsión tronco				
Inclinación lateral tronco				
Piernas	 Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada	 Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada		
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 3 veces por minuto) 1			

Fuente: (Diego Mas, 2015)

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Tabla 3

Tabla de clasificación Area A muñeca

		Muñeca							
		1		2		3		4	
Brazo	Antebrazo	Lat. Muñeca							
		1	2	1	2	1	2	1	2
	1	1	2	2	2	2	3	3	3

1	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
	1	2	2	2	3	3	3	4	4
2	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
	1	2	3	3	3	4	4	5	5
3	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
	1	3	4	4	4	4	4	5	5
4	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
	1	5	5	5	5	5	5	6	7
5	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
	1	7	7	7	7	7	8	8	9
6	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

Fuente: (Diego Mas, 2015)

AREA B

Tabla 4

Tabla de clasificación Area B Tronco

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna											
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

Fuente: (Diego Mas, 2015)

Tabla 5

Tabla de Puntuaciones

		Puntuación C						
		1	2	3	4	5	6	7+
Puntuación D	1	1	2	3	3	4	5	5
	2	2	2	3	4	4	5	5
	3	3	3	3	4	4	5	6
	4	3	3	3	4	5	6	6
	5	4	4	4	5	6	7	7
	6	4	4	5	6	6	7	7
	7	6	6	6	6	7	7	7
	8+	6	6	6	7	7	7	7

Fuente: (Diego Mas, 2015)

NIVELES DE ACCION

Tabla 6

Clasificación de los niveles de acción

NIVELES DE ACCION
<p>NIVEL DE ACCION 1</p> <p>Un GRAN VALOR de 1 o 2 indicara que la postura es aceptable siempre y cuando no sea adoptada por periodos largos.</p>
<p>NIVEL DE ACCION 2</p> <p>Un GRAN VALOR de 3 o 4 indicara que se requiere de mayor investigación y que probablemente se necesiten algunos cambios.</p>
<p>NIVEL DE ACCION 3</p> <p>Un GRAN VALOR de 5 o 6 indicara mayor investigación y que se requieren cambios en el futuro cercano.</p>
<p>NIVEL DE ACCION 4</p> <p>Un GRAN VALOR de 7 o más indica mayor investigación y que se requieren cambios inmediatamente.</p>

Fuente: (Diego Mas, 2015)

El método RULA evalúa posturas individuales y no conjuntos o secuencias de posturas, por ello, es necesario seleccionar aquellas posturas que serán evaluadas de entre las que adopta el trabajador en el puesto. Se seleccionarán aquellas que, a priori, supongan una mayor carga postural bien por su duración, bien por su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra. Para ello, el primer paso consiste en la observación de las tareas que desempeña el trabajador. Se observarán varios ciclos de trabajo y se determinarán las posturas que se evaluarán. Si el ciclo es muy largo o no existen ciclos, se pueden realizar evaluaciones a intervalos regulares. En este caso se considerará, además, el tiempo que pasa el trabajador en cada postura (Diego Mas, 2015)

Para definir la metodología adecuada se investigaron distintos métodos de análisis de riesgo, se eligió esta herramienta de perfil ergonómico integral puesto a que se acomoda a los perfiles profesionales (Fisioterapeuta, Ingeniería Ambiental) de los autores de la investigación, ya que es la que se ajusta a las variables porque permite identificar los riesgos enfocados en el puesto de trabajo del conductor, estos se dividen en:

- Puesto de trabajo: área de trabajo, altura del plano de trabajo, espacio para los miembros inferiores o los pies, controles o comando, señales, herramientas y la silla.
- Manejo del cuerpo: la postura del cuerpo en general; cabeza, cuello, hombros, codos, muñecas dividiéndolas en segmentos de postura.
- Ambientes psicosociales: tipo de jornada de trabajo, duración de la jornada, autonomía y ritmo, nivel de atención, comunicación, contenido de trabajo y responsabilidad.

El procedimiento para aplicar el método RULA puede resumirse en los siguientes pasos:

1. Determinar los ciclos de trabajo y observar al trabajador durante varios de estos ciclos. Si el ciclo es muy largo o no existen ciclos, se pueden realizar evaluaciones a intervalos regulares.

2. Seleccionar las posturas que se evaluarán: Se seleccionarán aquellas que, a priori, supongan una mayor carga postural bien por su duración, bien por su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra.

3. Determinar si se evaluará el lado izquierdo del cuerpo o el derecho, en caso de duda se analizarán los dos lados.

4. Tomar los datos angulares requeridos: Pueden tomarse fotografías desde los puntos de vista adecuados para realizar las mediciones. Para esta tarea se puede emplear RULER, la herramienta de Ergonautas para medir ángulos sobre fotografías. Este proceso de evaluación se lleva a cabo en el programa propuesto por Ergonautas como se muestra en la Figura N°4.

Figura 4

Herramienta Ergonautas



Fuente: (Diego Mas, 2015)

5. Determinar las puntuaciones para cada parte del cuerpo, Empleando la tabla correspondiente a cada miembro. El método rula Divide en dos grupos, el Grupo A que incluye los miembros superiores (brazos, antebrazos y muñecas) y el Grupo B, que comprende las piernas, el tronco y el cuello. Mediante las tablas asociadas al método, se asigna una puntuación a cada zona corporal (piernas, muñecas, brazos, tronco...) para, en función de dichas puntuaciones, asignar valores globales a cada uno de los grupos A y B.

6. La puntuación de los Grupos A y B se incrementarán en un punto si la actividad es básicamente estática (la postura se mantiene más de un minuto seguido) o bien si es repetitiva (se repite más de 4 veces cada minuto). Si la tarea es ocasional, poco frecuente y de corta duración, se considerará actividad dinámica y las puntuaciones no se modificarán.

7. Las puntuaciones de los Grupos A y B, incrementadas por las puntuaciones correspondientes al tipo de actividad y las cargas o fuerzas ejercidas pasarán a denominarse puntuaciones C y D respectivamente.

8. Ésta puntuación final global para la tarea oscilará entre 1 y 7, siendo mayor cuanto más elevado sea el riesgo y establecer el Nivel de Actuación.

Los componentes de cada aspecto serán analizados de tal manera que permitan elaborar una gráfica que represente la curva cuantitativa de la gravedad del factor de riesgo a evaluar, el análisis será propio de la observación objetiva del evaluador y el trabajador encuestado (Diego Mas, 2015)

Con ello se establecerá el aspecto crítico y prioritario que serían intervenidos con el fin de que se mejore las condiciones del puesto de trabajo evaluado. Los aspectos a tener en cuenta son:

- Unidad de Trabajo: Empresa TRANSGUAMUEZ S.A. servicio de transporte de pasajeros y carga.
- Unidad de Análisis: área de la cabina del conductor en el sector de La Hormiga, Putumayo.
- Técnicas e Instrumentos: en la presente intervención del puesto de trabajo se utilizará técnicas de recolección de datos mediante instrumentos de observación, encuestas estructuradas ver figura (5), entrevistas y la aplicación del Método RULA Evaluación de la carga postural.
- Fuentes para la Recolección de la Información: la fuente para la recolección de la información en la intervención del puesto de trabajo comprende el uso de fuentes primarias y secundarias.
- Fuente Primaria: se realizará mediante la intervención del puesto de trabajo de los conductores de la empresa de transporte público TRANSGUAMUEZ S.A. utilizando herramientas de recolección de datos enmarcadas en la de observación, encuestas estructuradas, entrevistas semiestructuradas.
- Fuentes Secundaria: es útil para complementar la información en el desarrollo de este estudio de diagnóstico y análisis las investigaciones realizadas por otros autores.
- Tratamiento de la Información: el análisis de fuentes primarias y secundarias generan resultados sobre la trazabilidad de los procesos direccionados a la intervención del puesto de trabajo de la empresa de transporte público TRANSGUAMUEZ S.A. en la ciudad de la Hormiga, Putumayo.

Figura 5

Encuesta para obtener información sociodemográfica

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																									
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																									
Nombre y apellidos:		Fecha:																							
Edad:	Sexo:	Cargo o labor:																							
PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS. Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.																									
1. EDAD a 18 a 25 años _____ b 26 a 35 años _____ c 36 a 45 años _____ d 46 a 55 años _____ e 56 años o más _____	2. ESTADO CIVIL a Sotero (a) _____ b Casado (a) Unión libre _____ c Separado _____ d Viudo (a) _____	3. PERSONAS A CARGO a Ninguno _____ b 1 a 2 personas _____ c 3 a 4 personas _____ d más de 5 personas _____																							
4. ESCOLARIDAD a Ninguna _____ b Primaria _____ c Secundaria _____ d Técnico o Tecnólogo _____ e Universitario _____ f Mayor nivel escolar _____	5. TENENCIA DE VIVIENDA a Propia _____ b Arriendo _____ c Familiar _____	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA a Menos de 1 año _____ b De 1 a 5 años _____ c De 5 a 10 años _____ d De 10 a 15 años _____ e Más de 15 años _____																							
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO a Menos de 1 año _____ b De 1 a 5 años _____ c De 5 a 10 años _____ d De 10 a 15 años _____ e Más de 15 años _____	8. HORAS LABORADAS X DIA a De 1 a 3 horas _____ b De 3 a 6 horas _____ c De 6 a 9 horas _____ d Más de 9 horas _____	9. SALARIO QUE RECIBE a Menos de 1 SMMLV _____ b 1 SMMLV _____ c 1 a 2 SMMLV _____ d Más de 2 SMMLV _____																							
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA a Actividades lúdicas de prevención _____ b Exámenes periódicos _____ c Capacitaciones de Seguridad Ocupacional _____ d Ninguna _____ e Otra: cual _____																									
Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.																									
11. FUMA a SI _____ b NO _____ Promedio por día: _____	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE a SI _____ b NO _____ Cual: _____ Diario _____ Semanal _____ Ocasional _____	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS a SI _____ b NO _____ Diario _____ Semanal _____ Quincenal _____ Ocasional _____																							
A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor de cabeza</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor de cuello</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor lumbar</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dificultad para realizar algún movimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor de manos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ha presentado accidentes de trabajo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras – Cuales:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza			Dolor de cuello			Dolor lumbar			Dificultad para realizar algún movimiento			Dolor de manos			Ha presentado accidentes de trabajo			Otras – Cuales:			
SINTOMA	SI	NO																							
Dolor de cabeza																									
Dolor de cuello																									
Dolor lumbar																									
Dificultad para realizar algún movimiento																									
Dolor de manos																									
Ha presentado accidentes de trabajo																									
Otras – Cuales:																									

Fuente: Elaboración Propia.

3.5. Técnicas para el análisis de la información

Las técnicas de recolección de información fueron la encuesta, fotografías y el análisis de documentos. El proceso de análisis no quedó relegado al terminar de recoger la información, sino que se realiza a lo largo de todo el proceso.

Una vez reunido un cúmulo suficiente de información, se recurrió el método comparativo constante. Es un método de investigación cualitativa que usa un conjunto sistemático de procedimientos para desarrollar teoría derivada inductivamente de los datos empíricos. El procedimiento, así como sus fundamentos esta tomado básicamente de Glaser y Strauss.

3.6. Consideraciones Éticas

El Código Sustantivo del trabajo de 1951: busca lograr la justicia en las relaciones que surgen entre empleadores y trabajadores, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social. En su capítulo 2 trata de Accidentes de trabajo y Enfermedades y en su título XI abarca el tema de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Ley 23 de 1981: Por la cual se dictan normas en materia de ética médica; ARTICULO 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

Resolución número 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Por ello se realizó el documento de consentimiento informado para que cada conductor autorice el trabajo realizado. (ver Figura 6)

Figura 6

Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía N° _____ expedida en _____, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día _____ del mes de _____ del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

N° de Cedula y expedición

Fuente: Elaboración Propia.

La Resolución 2346 de 2007 regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. Que

las evaluaciones medicas ocupacionales constituyen un instrumento importante en la elaboración de diagnósticos de las condiciones de salud de los trabajadores para el diseño de programas de prevención de enfermedades, cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida; que el seguimiento estandarizado de las condiciones de salud de los trabajadores en los lugares de trabajo y la unificación de criterios en la aplicación de evaluaciones medicas ocupacionales, permite que sus resultaos sean aplicados en la recolección y análisis de información estadística, desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiologia, programas de rehabilitación integral y proceso de calificación de origen y pérdida de capacidad laboral.

Capítulo 4. Análisis de Resultados

Identificación de la empresa.

La empresa Transguamuez S.A. se encuentra ubicada en La Hormiga, Putumayo, la cual cuenta con más de 30 años de experiencia en el transporte público, su radio de acción está establecido a nivel departamental, iniciando desde el Puente Internacional sobre el río San Miguel frontera Colombo ecuatoriana, municipio Valle del Guamuez, municipio de Orito, municipio de Puerto Asís, Villa Garzón, municipio de Mocoa, y municipio de Sibundoy para llegar a las diferentes rutas mencionadas cuentan con un parque automotor que consta de:

Tabla 7

Parque automotor Transguamuez S.A.

PARQUE AUTOMOTOR ACTIVO	
CAMINETAS DOBLE CABINA INTERMUNICIPAL	13 VEHICULOS
MICROBUSES Y AEROVANS INTERMUNICIPAL	37 VEHICULOS
TAXIS	19 VEHICULOS
CAMIONETAS MUNICIPALES	12 VEHICULOS
MICROBUSES MUNICIPALES	7 VEHICULOS
MODALIDAD CARGA	29 VEHICULOS

Fuente: Transguamuez S.A.

Para tener claridad del contexto obtenido a la hora de realizar el estudio con los conductores de la Empresa Transguamuez s.a. se debe tener claridad que por la pandemia que se vive en el momento del estudio (COVID 19), la capacidad transportadora de la empresa se disminuyó en un promedio del 80% por tal motivo la muestra inicial que eran cerca de 100 conductores no se pudo realizar ya que en el momento no laboran para la empresa. Se encuesta a los conductores que laboran con los protocolos de bioseguridad y que están avalados por la empresa para llevar a cabo su labor.

Se comienza con la tabulación de la información recopilada a través de las encuestas realizadas a los conductores, posteriormente se realiza el respectivo análisis a los datos en las condiciones de trabajo en los conductores de taxi, camioneta, y vehículos de carga. en la ciudad de La Hormiga – Putumayo. (ver anexos base de encuestas a conductores).

La encuesta realizada a los conductores consta de 14 ITEMS los cuales fueron respondidos por los encuestados de la siguiente manera.

1. A la pregunta sobre su Edad en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 7):

Figura 7

Rango de edades encuestados



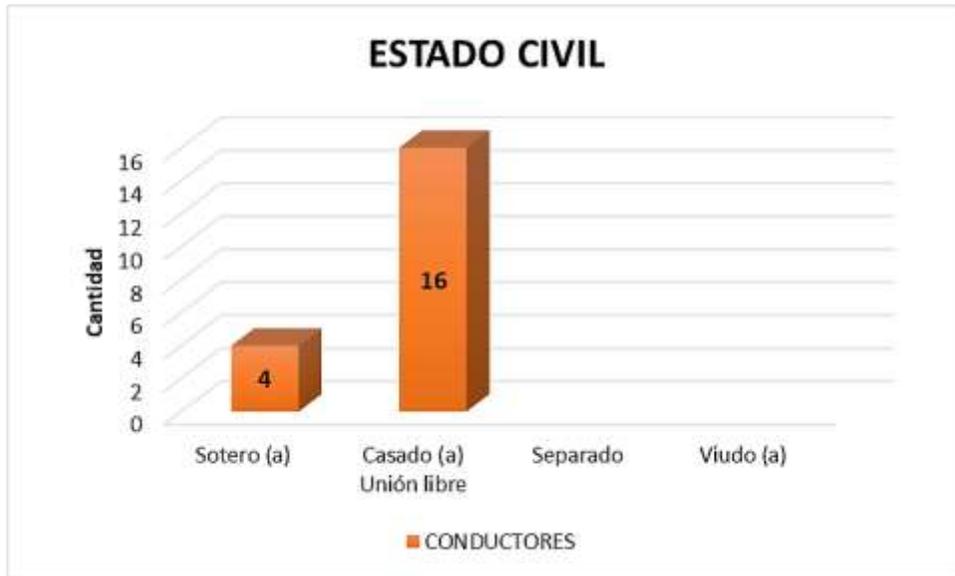
Fuente: Elaboración propia

Figura 7: evidencia que la mayoría de los conductores encuestados están en el rango de los 36 a 55 años con 70% de los encuestados, es de resaltar que de todos los conductores abordados para hacer el proceso de investigación 1 persona es mujer la cual lleva cerca de 5 años trabajando como conductor en la empresa.

2. A la pregunta sobre su Estado civil en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 8):

Figura 8

Estado Civil de los encuestados



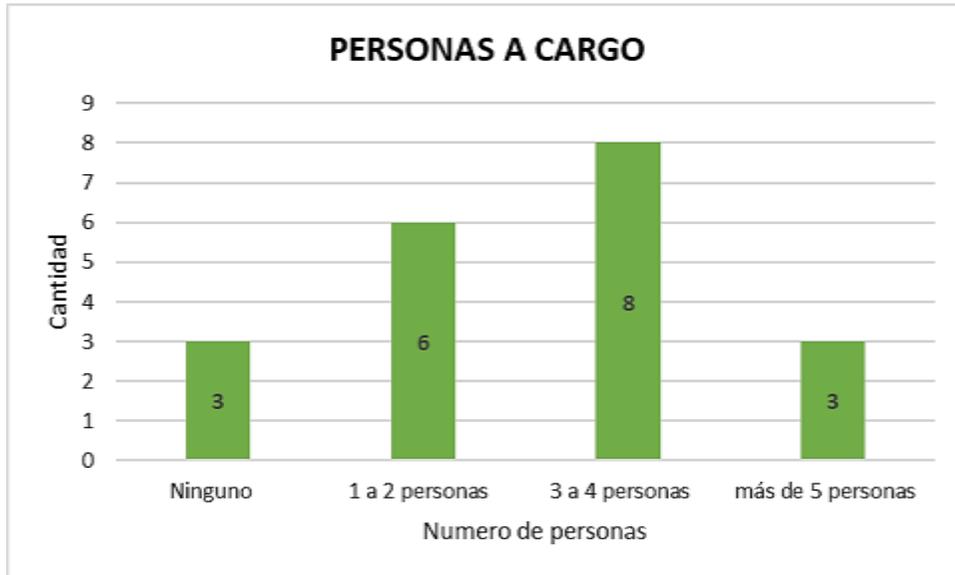
Fuente: Elaboración propia

Figura 8: De los 20 conductores encuestados 4 son solteros y 16 están casados o en unión libre, ninguno se reportó como separado o viudo

3. A la pregunta sobre las Personas a cargo por cada conductor, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 9):

Figura 9

Personas a cargo por encuestado



Fuente: Elaboración propia

Figura 9: Los encuestados responden que en un 70% tienen a cargo de 1 a 4 personas un 15% no tiene ninguna persona a cargo y el otro 15% más de 5 personas a cargo.

4. A la pregunta sobre el Nivel de Escolaridad de cada conductor, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 10):

Figura 10

Nivel de Escolaridad de los encuestados



Fuente: Elaboración propia

Figura 10: En el nivel de escolaridad la mayoría de los encuestados el 40% tienen estudios de primaria, el 45% tienen estudios hasta de secundaria y el 15% tiene estudios hasta de tipo tecnológico. No se obtuvieron conductores con estudios universitarios.

5. A la pregunta sobre la Tenencia de Vivienda de cada conductor, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 11):

Figura 11

Tenencia de Vivienda de los encuestados



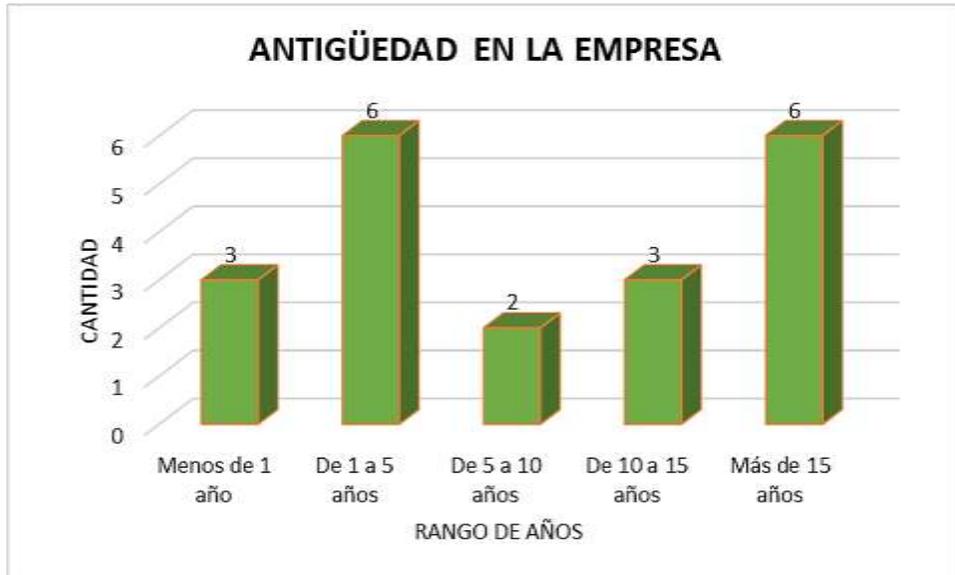
Fuente: Elaboración propia

Figura N°11: La tenencia de vivienda de los conductores de la empresa Transguamuez s.a. el 45% viven en arriendo, el 20% viven en hogares de tipo familiar y el 35% viven en sus hogares de carácter propio.

6. A la pregunta sobre la Antigüedad en la empresa de cada conductor, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 12):

Figura 12

Antigüedad en la empresa de los encuestados



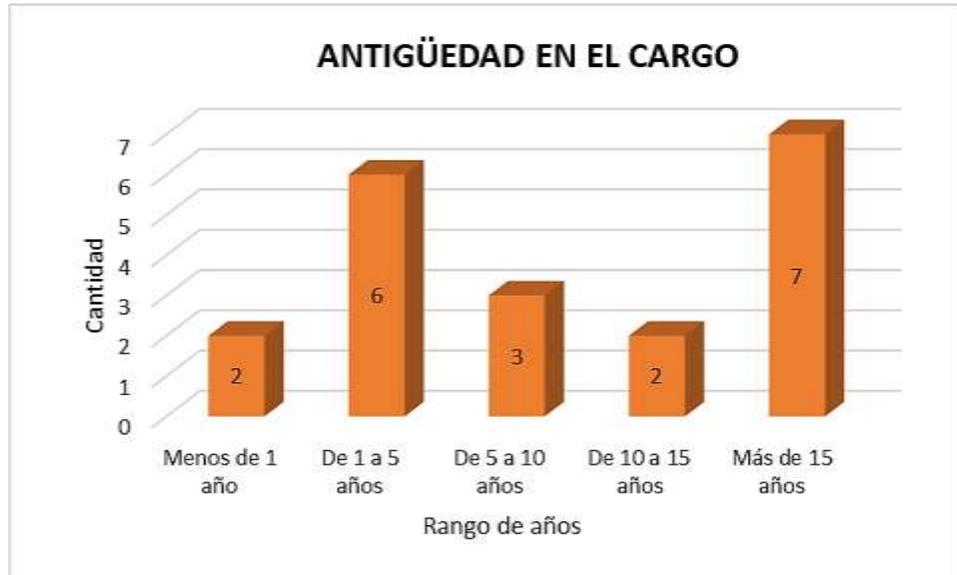
Fuente: Elaboración propia

Figura N°12: como se evidencia en la figura el 30% está en el rango de 1 a 5 años, con otro 30% de más de 15 años, 15% en un rango de 10 a 15 años y otro 15% en menos de 1 año y un 10% de 5 a 10 años de antigüedad en la empresa.

7. A la pregunta sobre la Antigüedad en el cargo de cada conductor, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 13):

Figura 13

Antigüedad en el cargo de los encuestados



Fuente: Elaboración propia

Figura N°13: tiene una relación la figura 11 y la 12 ya que la mayoría de conductores que han trabajado en esta profesión lo han hecho en la empresa.

8. A la pregunta sobre las Horas que labora en el día, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 14):

Figura 14

Horas laboradas por día de los encuestados



Fuente: Elaboración propia

Figura N°14: los conductores de la empresa laboran en un 30% con un horario de 3 a 6 horas, y en un 70% de 6 a más de 9 horas por día, se resalta que en la zona por temas de Pandemia Covid-19 no se labora los días sábados y domingos.

9. A la pregunta sobre el Salario que reciben por su labor, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 15):

Figura 15

Salario que reciben en su labor



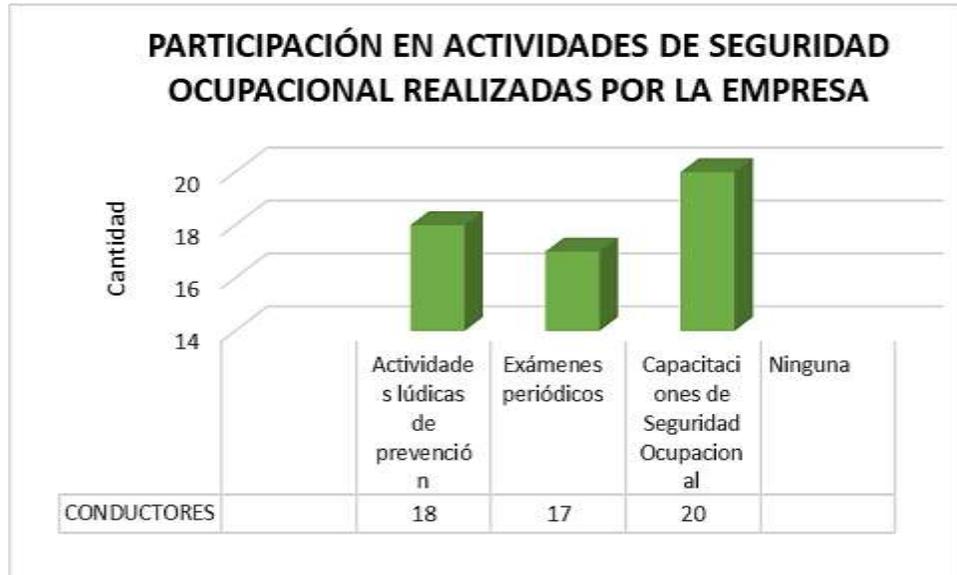
Fuente: Elaboración propia

Figura N°15: el 65% de los encuestados reciben un salario de entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes, el 35% responden que reciben menos de 1 salario mínimo mensual, se puede decir que estos valores tienen variabilidad ya que el 90% de los vehículos que laboran en la empresa no son de propiedad de ella, sino de asociados a esta los cuales se encargan de dar los salarios a los conductores, como también se evidencia que un 30% de los conductores también son los mismos propietarios de sus vehículos.

10. A la pregunta sobre la Participación en actividades de Seguridad Ocupacional realizadas por la empresa, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 16):

Figura 16

Participación en actividades de Seguridad Ocupacional realizadas por la empresa



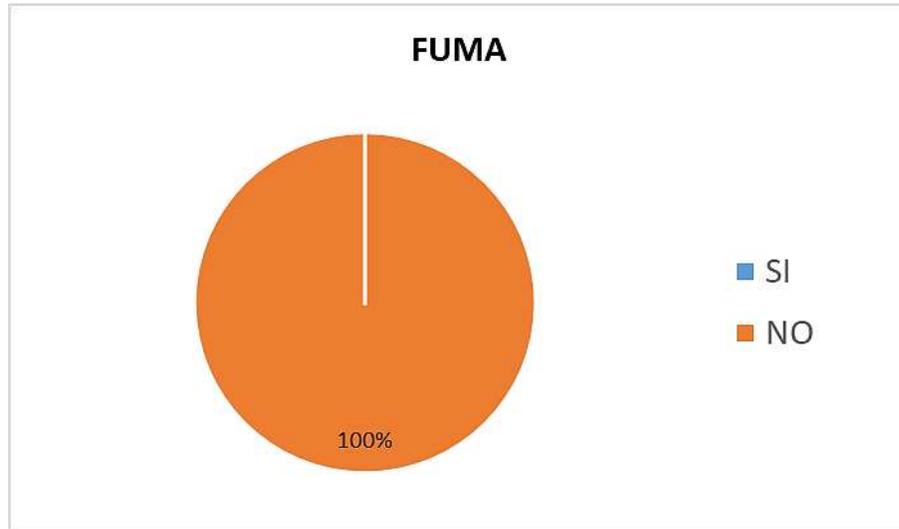
Fuente: Elaboración propia

Figura N°16: como se evidencia en la figura un 90% de los conductores a participado en las actividades de seguridad ocupacional que se realizaron por la empresa.

11. A la pregunta si Fuma, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 17):

Figura 17

Conductores valorados por consumo de cigarrillo



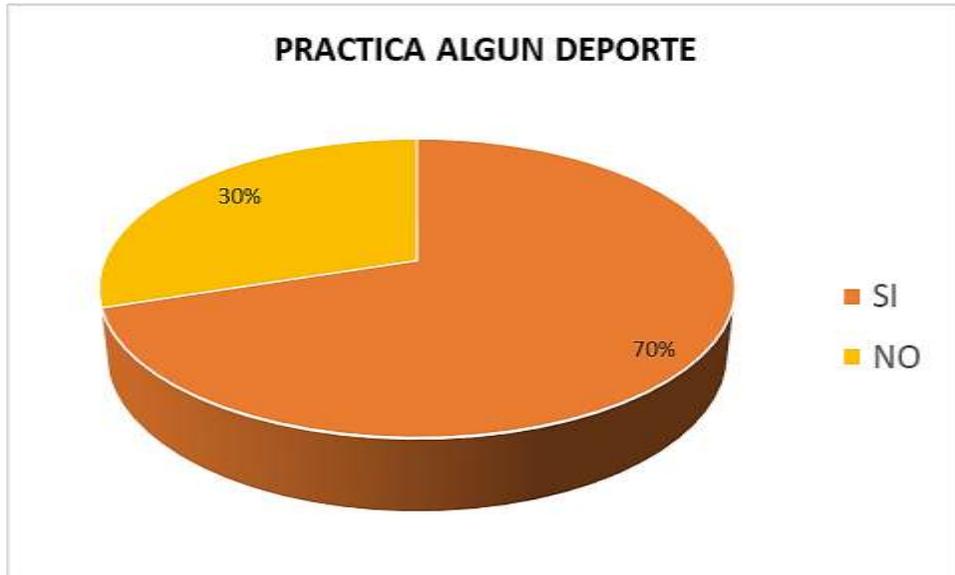
Fuente: Elaboración propia

Figura N°17: el 100% de los conductores encuestados no fuma.

12. A la pregunta si practica algún deporte, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 18 y Figura 19):

Figura 18

Conductores que practican deporte



Fuente: Elaboración propia

Figura 19

Frecuencia con la que los conductores practican deporte



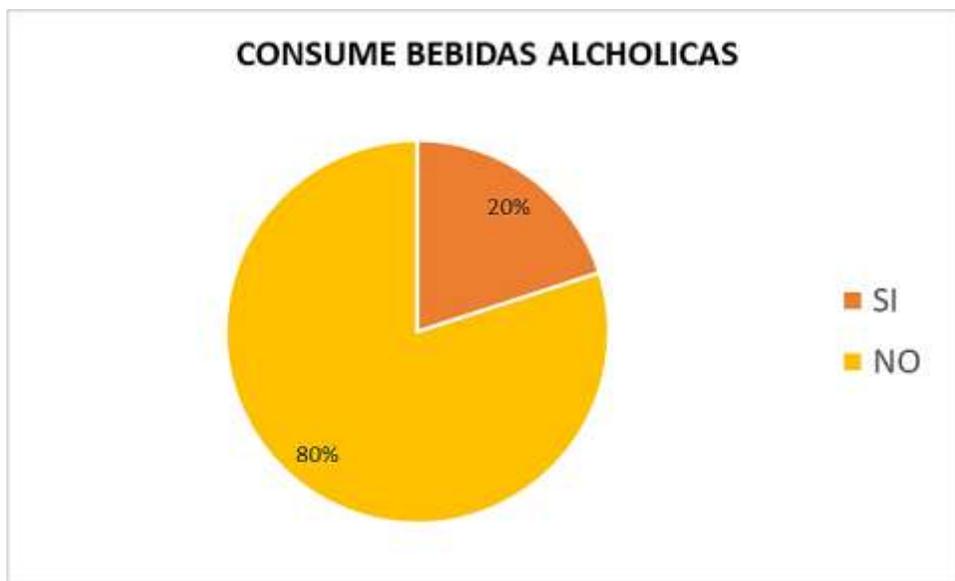
Fuente: Elaboración propia

Figura N° 18 y 19: en las figuras se evidencia que el 70% hacen ejercicio los cuales en su mayoría lo hacen semanalmente, y el deporte más practicado es el microfútbol.

13. A la pregunta sobre si consume bebidas alcohólicas, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 20):

Figura 20

Conductores que consumen bebidas alcohólicas



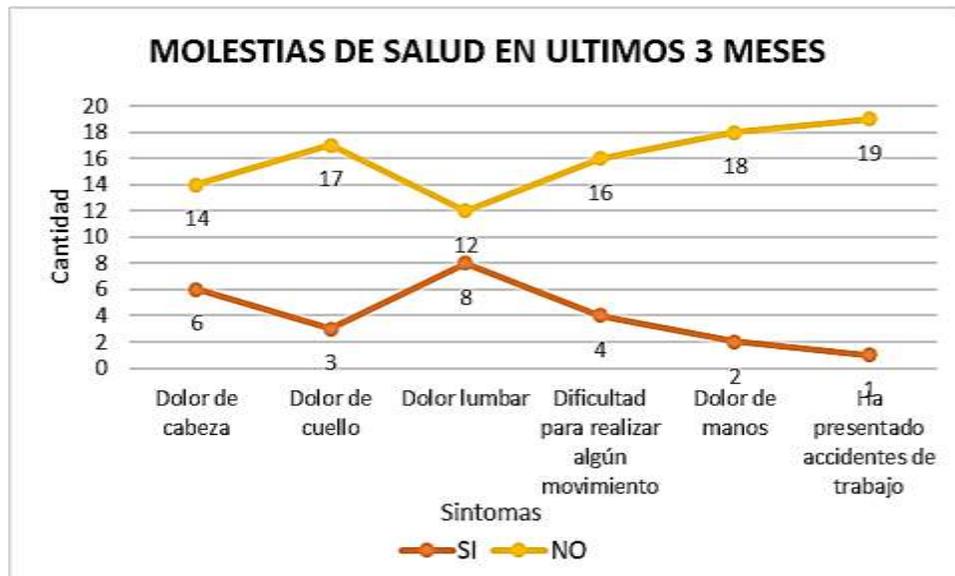
Fuente: Elaboración propia

Figura N°20: de los conductores encuestados el 80% no consumen bebidas alcohólicas, y el 20% que dice consumir bebidas alcohólicas lo hace ocasionalmente.

14. A la pregunta sobre cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses, en la encuesta los conductores respondieron así (Ver Figura N° 21):

Figura 21

Conductores que han tenido molestias de salud en los últimos 3 meses



Fuente: Elaboración propia

Figura N°21: en el análisis de los resultados obtenidos en la figura, el 30% de los conductores han tenido dolor de cabeza, el 15% han tenido dolor de cuello, el 40% han presentado dolor lumbar, el 20% a presentado dificultades para realizar algún movimiento, el 10% presento dolor de manos y el 5% presento algún accidente en el trabajo. Esta información resalta ya que sirve para proponer políticas empresariales para mejorar las condiciones de trabajo y evitar que se presenten molestias en su labor.

Tabla 8

Distribución de 20 conductores evaluados ergonómicamente con el método rula por nivel de riesgo.

Puntuación	Nivel Riesgo	Actuación	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	1	Riesgo aceptable	0	0,00
3 a 4	2	Pueden requerirse cambios en la tarea, es conveniente	3	15,00

		profundizar en el estudio		
5 a 6	3	Se requiere cambios en el Futuro cercano	14	70,00
7 o más	4	Se requiere cambios Inmediato	3	15,00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla n°9 Se observa que la actividad laboral que desempeñan los conductores produce una sobrecarga postural en un nivel de riesgo 3 con un porcentaje de 70% (n=14) puede producir trastornos musculo esqueléticos por sobrecarga postural debido a las prolongadas posiciones estáticas, movimientos repetitivos y condiciones posturales inadecuadas.

Tabla 9

Distribución de 20 conductores evaluados ergonómicamente con el método rula por áreas.

	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
	1	0	0,00
	2	1	5,00
	3	13	65,00
	4	6	30,00
AREA A	5	0	0,00
	6	0	0,00
	7	0	0,00
	8	0	0,00
	9	0	0,00
Total		20	100,0
	1	6	
AREA B	2	13	65,00
	3	1	5,00

	4	0	30,00
	5	0	0,00
	6	0	0,00
Total		20	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla n° 10. Se demuestra que en el área A (Brazo, Antebrazo, muñeca y torsión de muñeca) la puntuación más significativa es 3 con un porcentaje del 65% (n=13), en el área B (Cuello, tronco, piernas) la puntuación más significativa es 2 con un porcentaje del 65% (n=13), evidenciando que tanto miembros superiores como inferiores se ven afectados por partes iguales, y podrían desarrollar trastornos musculoesqueléticos en el futuro.

Tabla 10

Distribución de 20 conductores evaluados ergonómicamente con el método rula, según segmentos corporales.

Zona corporal	puntuación	frecuencia	porcentaje
Cuello	1	5	25,00
	2	12	60,00
	3	3	15,00
	4	0	0,00
Tronco	1	5	25,00
	2	14	70,00
	3	1	5,00
	4	0	0,00
Piernas	1	19	95,00
	2	1	5,00
Brazo	1	0	0,00
	2	11	55,00

	3	9	45,00
	4	0	0,00
Antebrazo	1	1	5,00
	2	19	95,00
Muñeca	1	0	5,00
	2	8	40,00
	3	12	60,00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla n° 11. Observamos que a nivel de cuello el 60% (n=12) de los conductores presenta una puntuación de 2 , tronco el 70% (n=14) una puntuación de 2, brazo el 55% (n=11) presenta una puntuación de 2, antebrazo el 95% (n=19) una puntuación de 2, muñeca el 60% (n=12) una puntuación de 3 respectivamente demostrando que estas puntuaciones altas se deben a posiciones adoptadas por el trabajador , las cuales en el futuro pueden producir desordenes musculo esqueléticos como cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia , trastornos de disco lumbar que van afectar directamente sobre la salud de los conductores y la productividad de la empresa Transguamuez S.A.

Tabla 11

Distribución de 20 conductores evaluados ergonómicamente con el método rula, según movimientos torsiones o inclinaciones por segmentos corporales.

Zona corporal	puntuación	frecuencia	porcentaje
Muñeca			
No realiza desviación hacia la línea media	0	2	10,00
Desviación hacia la línea media	1	18	90,00
Torsión de muñeca	1	2	10,00
	2	18	90,00
Cuello			

No realiza torsión de cuello	0	2	10,00
Torsión de cuello	1	18	90,00
No realiza inclinación de cuello	0	19	95,00
Inclinación lateral de cuello	1	1	5,00
Tronco			
No realiza torsión de tronco	0	16	80,00
Torsión de tronco	1	4	20,00
No realiza inclinación lateral de tronco	0	15	75,00
Inclinación lateral de tronco	1	5	25,00

Fuente: Elaboración propia

En la tabla n° 12. Observamos que a nivel de muñeca el 90% (n=18) realiza desviación hacia la línea media y torsión de muñeca lo cual en un futuro cercano puede conllevar enfermedades como síndrome de túnel carpiano por movimientos repetitivos, a nivel de cuello el 90% (n=18) de los conductores realiza torsión de cuello lo cual nos da una alta probabilidad de padecer cervicalgia.

Discusión

Es evidente la presencia de riesgos ergonómicos en la actividad laboral de los trabajadores de la empresa Transguamuez S.A, pues constantemente se encuentran en una postura prolongada por horas, realizando movimientos repetitivos, la empresa debe realizar estudios de tipo ergonómico para identificar, valorar y/o mitigar este tipo de riesgos, como también la Norma ISO 2631 considera vibraciones por transitar por carreteras irregulares y en mal estado que terminan afectando su columna vertebral. Las vibraciones afectan la salud, el confort, la percepción y la cinetosis, dependiendo de la frecuencia de la vibración.

La aplicación de los conceptos ergonómicos en la práctica laboral incluye la revisión de las condiciones o estándares en que debe realizarse una tarea o actividad, que permitan mantener una calidad de vida en términos de una buena salud física y mental. Con el fin de lograr este objetivo es necesario revisar o definir cuál es la forma correcta o adecuada para realizar determinada labor, según (Castillo, 1989), para llegar a estas formas se requiere no sólo la eliminación de obstáculos que impidan el bien hacer sino también la promoción de métodos que ayuden a conseguirlo, bajo el desarrollo de conceptos como la seguridad, la condiciones físico-ambientales, la eliminación de trabajos que incluyen gran dificultad, la adaptación del puesto de trabajo y el desarrollo personal y social

Las jornadas de trabajo en ocasiones están entre las 12 y las 14 horas y llegan, incluso, a las 16 horas de trabajo diarias. Lo anterior causa cansancio y fatiga, incapacidad para realizar su vida familiar y social y puede también causar accidentes de tránsito y otros de trabajo, a los cuales se exponen debido a que el tiempo dedicado a su alimentación es inadecuado, y realizado en lugares improvisados consumiendo alimentos ricos en grasas. Así mismo, en ocasiones, el horario de descanso es utilizado para realizar algún mantenimiento al vehículo (Sánchez & Cabrera Clemow, 2013).

La postura sedente durante prolongados tiempos en el desarrollo de la labor como conductor resulta ser uno de los factores más comunes en la generación de afecciones relacionadas con los riesgos de tipo ergonómico, según lo expuesto en los resultados de los estudios de (Mozafari , Vahedian, & Najafi, 2015). Estos estudios presentaron mayores prevalencias de lesiones en espalda baja los cuales evidencian la necesidad de generar soluciones de tipo preventivo y correctivo en pro de la mitigación de este tipo de riesgos. Se propone el uso de elementos como inclinómetros o goniómetros de tipo digital o inalámbricos que permitan hacer mediciones de los ángulos en tiempo real y continuo en la actividad de conducción, de igual manera incluir estrategias para realizar las diferentes mediciones en la parte postural.

En cuanto a los factores de tipo ambiental a los que se encuentran expuestos los conductores son el ruido, las altas temperaturas, las vibraciones del vehículo, los rayos ultravioleta y los gases tóxicos y la contaminación ambiental. Estos factores se convierten a su vez en agentes estresores que aumentan el riesgo de generar lesiones en la salud de los conductores.

Recomendaciones

El uso del cinturón de seguridad es de gran importancia ya que permite tener una mejor postura y evita que se obtengan mayores riesgos a la salud en caso de un accidente.

Debido a que el trabajo se realizó en tiempos de Pandemia COVID- 19 no se logró evaluar al total de la población que labora como conductor en la empresa Transguamuez S.A. Se recomienda realizar una investigación después de superar esta pandemia, para saber el riesgo biomecánico al cual están expuestos el 100% de los conductores, realizar cambios en sus puestos de trabajo, evitar futuras lesiones, gastos a nivel de la empresa como del sistema de salud por enfermedades laborales.

Realizar capacitaciones sobre higiene postural en todos los empleados de la empresa Transguamuez S.A tanto en el área administrativa como de carga y transporte de pasajeros, con el fin de prevenir lesiones musculo esqueléticas en un futuro cercano

Conclusiones

El conductor está expuesto a contaminantes químicos dentro de su labor, pero se pueden minimizar con algunos cuidados mientras opera el vehículo, subiendo las ventanillas para evitar que inhale el dióxido de carbono de los demás vehículos o partículas suspendidas (polvo).

La pandemia producida por el virus COVID-19 a nivel mundial afecto negativamente la realización de este trabajo, pues la muestra poblacional se redujo en un 80%, disminuyendo el total de población evaluada de la empresa Transguamuez S.A.

El 40 % de los conductores de la empresa Transguamuez S.A solo han cursado básica primaria lo cual significa que tienen poca o muy nula cultura de autocuidado y son las mismas personas que mayor número de posturas incorrectas presentan encontrándose en un nivel de riesgo 4 requiriendo cambios de manera inmediata.

Las posturas incorrectas que presentan los conductores de la empresa Transguamuez S.A, sumado a que el 70% trabaja entre 6 a 9 horas diarias, afecta negativamente el desempeño de los trabajadores y su salud resaltando que en los últimos meses el 40% a presentado dolor lumbar, desarrollando trastornos musculo esqueléticos.

Los automóviles utilizados para el servicio público están diseñados con estándares internacionales de calidad debidamente certificados, se concluye que la mayoría de problemas de salud de los trabajadores son de origen biomecánico por las posturas , movimientos repetitivos y la cantidad de horas (6 a 9horas diarias) que se encuentran expuestos, lo cual conlleva a implementar medidas de prevención y control sobre el individuo tales como charlas, capacitaciones , pausas activas , jornadas lúdico recreativas , talleres de autocuidado e higiene postural.

Bibliografía

- Sáenz Zapata, L. (2009). *ERGONOMÍA & DISEÑO DE PRODUCTOS PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN*. Recuperado el 02 de 05 de 2020, de http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/encuentro2007/02_auspicios_publicaciones/actas_diseno/articulos_pdf/A038.pdf
- Asociación Española de Ergonomía. (s.f.). *¿Qué es la ergonomía?* Obtenido de <http://www.ergonomos.es/ergonomia.php>
- Carrasco Carrasco, J. (Marzo de 2009). *Analisis y descripción del puesto de trabajo en la administración local*. Recuperado el 03 de 05 de 2020, de <https://revista.cemci.org/numero-2/documentos/doc2.pdf>:
<https://revista.cemci.org/numero-2/documentos/doc2.pdf>
- Castillo, J. (1989). *La ergonomía en la introducción de nuevas técnicas en la empresa*. Madrid: Edición del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Chaparro Narvárez, P. E., & Guerrero, J. (2 de Julio de 2001). Condiciones de Trabajo y Salud en Conductores de una Empresa de Transporte Público Urbano en Bogotá D.C. *REVISTA DE SALUD PUBLICA*, 3, 17.
- croem.es. (17 de 06 de 2017). *Confederación Regional de Organizaciones empresariales de Murcia*. Recuperado el 05 de 2020, de “Prevención de riesgos ergonómicos”: <https://croem.es/prevencion-de-riesgos-laborales/>
- Definicion MX. (08 de 08 de 2013). *Riesgo Laboral*. Obtenido de <https://definicion.mx/riesgo-laboral/>
- Del Prado, J. (26 de 06 de 2013). *Condiciones de trabajo en relación con la salud*. Obtenido de <https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/condiciones-de-trabajo-en-relacion-con-la-salud/#:~:text=La%20LPRL%20en%20el%20Art,y%20la%20salud%20del%20trabajador.>

Diego Mas, J. A. (2015). *Método RULA - Evaluación Postural*. (U. P. Valencia, Editor) Recuperado el 04 de 05 de 2020, de Ergonautas: <http://www.ergonautas.upv.es/metodos/rula/rula-ayuda.php>

García, A. M., Benavides, F., & Ruiz Frutos, C. (2000). *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona.

Gomez Quintero, A., Marquéz, D., & Rincón Ramirez, H. J. (2018). ANÁLISIS CON ENFOQUE BIOMECÁNICO DEL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CONDUCTORES DE MICROBUSES EN UNA EMPRESA DE SERVICIO PÚBLICO URBANO. Manizales, Colombia: Universidad de Manizales.

GUÍA TÉCNICA COLOMBIANA GTC 45. (2010). Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional. Bogotá D.C., Colombia: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. Quinta edición*. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Recuperado el 03 de 2020, de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

ISO 45001. (2018). *Identificación y clasificación de riesgos con OHSAS 18001*. Obtenido de <https://www.nueva-iso-45001.com/2016/01/riesgos-ohsas-18001/#:~:text=El%20riesgo%20aceptable%20se%20define,pol%C3%ADtica%20de%20seguridad%20y%20salud.%C2%BB>

Moreno Jimenes, B. (2011). *Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales*. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>

Mozafari, A., Vahedian, M., & Najafi, M. (2015). Work-related musculoskeletal disorders. *Acta Med Iran*, 53(7), 432-438. *Organización Internacional del Trabajo OIT. Seguridad y salud en el trabajo*.

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social>.
- Oyola Bayona, M. E. (09 de Septiembre de 2014). *Prevención y Control de Lumbalgia en Profesionales de Transporte de Pasajeros*. Navarra, Pamplona, Peru: Universidad Pública de Navarra.
- Pinto, R., & Cordova, V. (11 de 2009). *Técnica de levantamiento manual de carga: Actualización de algunos conceptos biomecánicos y fisiológicos*. Recuperado el 02 de 05 de 2020, de Imbiomed: https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=275&id_seccion=4331&id_ejemplar=7365&id_articulo=70884
- Rodriguez, D. (2018). *¿Qué es el Riesgo Biomecánico?* Obtenido de Lifer.com: <https://www.lifer.com/riesgo-biomecanico/>
- Sánchez, R. S., & Cabrera Clemow, A. (13 de Julio de 2013). *Recomendaciones Ergonómicas para el Diseño y Uso de la Silla del Puesto de Trabajo del Conductor de Buses de Transporte Interdepartamental de Pasajeros*. Obtenido de <file:///C:/Users/acer/Downloads/601-Texto%20del%20art%C3%ADculo-859-1-10-20170824.pdf>
- Uc3m. (05 de 2020). *Universidad Carlos III de Madrid - Prevención de Riesgos Laborales. RIESGOS MECANICOS*. Obtenido de <https://www.uc3m.es/prevencion/riesgos-mecanicos#:~:text=Se%20entiende%20por%20riesgo%20mec%C3%A1nico,materiales%20proyectados%2C%20s%C3%B3lidos%20o%20fluidos>.

Anexo 1 Cronograma de actividades

ANALISIS BIOMECANICO DEL PUESTO DE TRABAJO DE LOS CONDCTORES DE SERVICIO PUBLICO DE LA EMPRESA TRANSGUAMUEZ S.A.																																					
		Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
		Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas							
TAREA	Avance	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase I. Presentación de la propuesta																																					
Definir el tema de la investigación	100%	█	█																																		
Definir el problema de la investigación	100%		█	█																																	
Planteamiento de objetivos y justificación	100%				█																																
Fase II. Recopilación de información Bibliográfica																																					
Recopilación de antecedentes	100%					█	█																														
Marco teórico del trabajo	10%									█	█	█																									
Marco metodológico	10%											█	█																								
Fase III. Recopilación de información en campo																																					
Caracterización del talento humano	0%													█	█	█																					
Identificación y valoración de los riesgos biomecánicos	0%													█	█	█	█	█																			
Escoger el instrumento ergonómico que se aplicara	0%																				█																
Aplicación del instrumento ergonómico	0%																					█	█	█	█												
Fase IV. Organización final de Trabajo de Grado																																					
Análisis de resultados	0%																													█	█	█					
Organización de información resultante	0%																																	█	█		
Entrega final de trabajo de grado	0%																																	█	█	█	
Responsables del proyecto Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas Franklin Donovan Cabrera Montero																																					

Anexo 2 Valoraciones metodo RULA

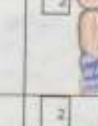
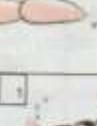
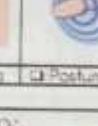
METODO RULA

Hoja de Campo RULA
RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT

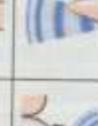
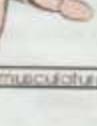
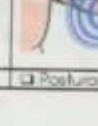
Evaluador *[Signature]*

Puesto **20** Empresa **Transguamuez** Fecha **6 Agosto 2010**
Carga **Empleado conductor**

Lado derecho:

Brazo derecho	1 	2 	3 	4 	<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho	1 	2 	3 	4 	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha	1 	2 	3 	4 	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca der.	1 	2 	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		<input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> -1
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo	1 	2 	3 	4 	<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo	1 	2 	3 	4 	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda	1 	2 	3 	4 	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.	1 	2 	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		<input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> -1
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Cuello				
Rotación de cuello				
Inclinación lateral cuello				
Tronco				
Rotación tronco				
Inclinación lateral tronco				
Piernas		<p>Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada</p>		
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3			
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) <input type="checkbox"/>			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca								
		1		2		3		4		
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		
		1	2	1	2	1	2	1	2	
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9	9

44

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+ 2

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
	1	1	2	3	3	4	5	5
	2	2	2	3	4	4	5	5
	3	3	3	3	4	4	5	6
	4	3	3	3	4	5	6	7
	5	4	4	4	5	6	7	7
	6	4	4	5	6	6	7	7
	7	6	6	6	6	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT				Evaluador <i>[Signature]</i>
Puesto 8 Cargo conductor		Empresa Transguamuez		Fecha 5 Agosto 2020

Lado derecho:

Brazo derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media +1
Torsión de muñeca dir.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto				

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto				

Cuello				
Torsión de cuello				
Inclinación lateral cuello				
Tronco				
Torsión tronco				
Inclinación lateral tronco				
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LAS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto <input type="checkbox"/> 4			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca							
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+ 2

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna											
1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	2	1	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4
	3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6
2	1	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
	2	2	3	3	3	4	4	5	6	6	6	6
	3	2	3	3	3	4	4	5	6	6	6	6
3	1	3	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6
	2	3	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6
	3	3	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

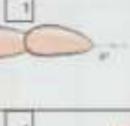
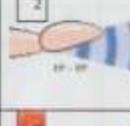
+ 2

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
1	1	2	3	3	4	5	5	
2	2	2	3	4	4	5	5	
3	3	3	3	4	5	5	6	
4	3	3	3	4	5	6	6	
5	4	4	4	5	6	7	7	
6	4	4	5	6	6	7	7	
7	6	6	6	6	7	7	7	
8+	6	6	6	7	7	7	7	

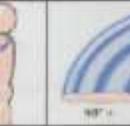
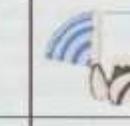
METODO RULA

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador <i>Andrea H.</i>
Puesto / Cargo 1 <i>Conductor</i>	Empresa <i>Transguamuez</i>	Fecha <i>5 Agosto 2020</i>

Lado derecho:

Brazo derecho  1  2  2  4  4	<input type="checkbox"/> hombro elevada +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho  1  2  2  4	<input type="checkbox"/> Cruzó la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha  1  2  3  4  4	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca der.  1  2	Fuerza y carga total percibida SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida <input type="checkbox"/> 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida <input type="checkbox"/> fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura <input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)	

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo  1  2  2  4  4	<input type="checkbox"/> hombro elevada <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo  1  2  2  4	<input type="checkbox"/> Cruzó la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda  1  2  3  4  4	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.  1  2	Fuerza y carga total percibida SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida <input type="checkbox"/> fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura <input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)	

Cuello				
Torsión de cuello				
Inclinación lateral cuello				
Tronco				
Torsión tronco				
Inclinación lateral tronco				
Piernas		Los pies y las piernas estarán bien apoyados y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO estarán bien apoyados y en postura balanceada
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto <input type="checkbox"/> 4			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	7	8	9
	2	7	8	8	8	8	8	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+ 4

AREA B

Cuello	Tronco												
	1		2		3		4		5		6		
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6	6

+ 2

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
1	1	2	3	3	4	5	5	5
2	2	2	3	4	4	5	5	5
3	3	3	3	4	4	5	5	5
4	3	3	3	4	5	6	6	6
5	4	4	4	5	6	7	7	7
6	4	4	5	6	6	7	7	7
7	6	6	6	6	7	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	7

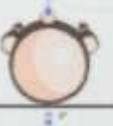
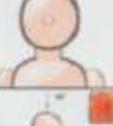
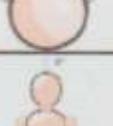
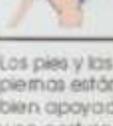
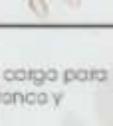
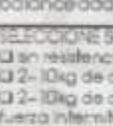
Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador <i>J. Alcazar H.</i>
Puesto 2 Cargo Conductor	Empresa Transguamuez	Fecha 5- agosto- 2020

Lado derecho:

Brazo derecho 				<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado -1
Antebrazo derecho 			<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados	
Muñeca derecha 				<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca derecha 		Fuerza y carga toda la actividad SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3		
Uso de musculatura <input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo 				<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo 			<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados	
Muñeca izquierda 				<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izquierda 		Fuerza y carga toda la actividad SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura <input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Cuello	 1	 2	 3	 4
Torsión de cuello		 +1		
Inclinación lateral cuello		 +1		
Tronco	 1	 2	 3	 4
Torsión tronco		 +2		
Inclinación lateral tronco		 +2		
Piernas	 Los pies y las piernas están bien apoyadas y en postura balanceada	 Los pies y las piernas NO están bien apoyadas y en postura balanceada		
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3			
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) 3			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	4	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+ 3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+ 3

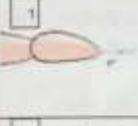
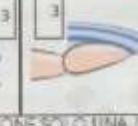
Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
	1	1	2	3	3	4	5	5
	2	2	2	3	4	4	5	5
	3	3	3	3	4	4	5	6
	4	3	3	3	4	5	6	6
	5	4	4	4	5	6	7	7
	6	4	4	5	6	6	7	7
	7	6	6	6	6	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

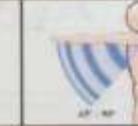
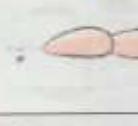
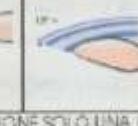
Hoja de Campo RULA
RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT

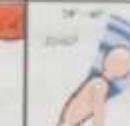
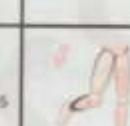
Puesto **3** Empresa **Trasguamuez** Evaluador **Andrea H.**
 Cargo **Conductor** Fecha **5 agosto 2020**

Lado derecho:

Brazo derecho     	<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho    	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha     	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca der.  	Fuerza y carga (solo una de las dos) SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo     	<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo    	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda     	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca iz.	Fuerza y carga (solo una de las dos) SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)

Cuello					
Torsión de cuello					
Inclinación lateral cuello					
Tronco					
Torsión tronco					
Inclinación lateral tronco					
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada	
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3				
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida) más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto 1				

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca								
		1		2		3		4		
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		
		1	2	1	2	1	2	1	2	
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3	
	3	2	3	2	3	3	3	4	4	
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4	
	2	2	2	2	3	3	3	4	4	
	3	2	3	3	3	4	4	4	5	
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5	
	2	2	3	3	3	4	4	5	5	
	3	2	3	3	4	4	4	5	5	
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5	
	2	3	4	4	4	4	4	5	5	
	3	3	4	4	5	5	5	6	6	
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7	
	2	5	6	6	6	6	7	7	7	
	3	6	6	6	7	7	7	7	8	
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9	
	2	7	8	8	8	8	9	9	9	
	3	9	9	9	9	9	9	9	9	

+3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+2

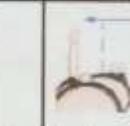
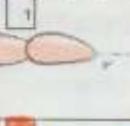
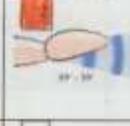
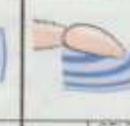
Puntuación C

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
1	1	2	3	3	4	5	5	5
2	2	2	3	4	4	5	5	5
3	3	3	3	4	4	5	5	6
4	3	3	3	4	5	5	6	6
5	4	4	4	5	6	6	7	7
6	4	4	5	6	6	6	7	7
7	6	6	6	6	7	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	7

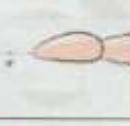
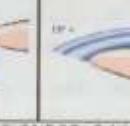
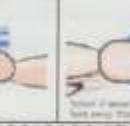
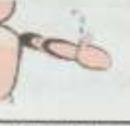
METODO RULA

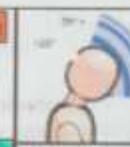
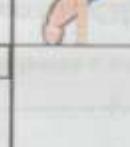
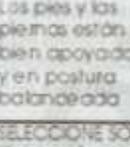
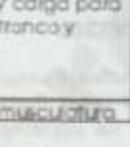
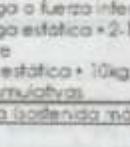
Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador <i>Andrea H.</i>
Puesto <i>S</i> Cargo <i>Conductor</i>	Empresa <i>Transguamuez</i>	Fecha <i>5- agosto-2020</i>

Lado derecho:

Brazo derecho     	<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho    	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha     	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca dir.  	Fuerza y carga lado dominante SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo     	<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo    	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda     	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.  	Fuerza y carga lado dominante SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto

Cuello					
Torsión de cuello					
Inclinación lateral cuello					
Tronco					
Torsión tronco					
Inclinación lateral tronco					
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada	
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3				
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto 1				

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+ 3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

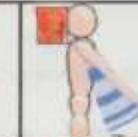
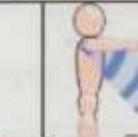
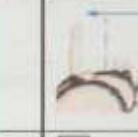
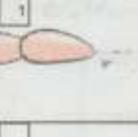
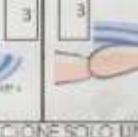
+ 2

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
1	1	2	3	3	4	5	6	7+
2	2	2	3	4	4	5	5	5
3	3	3	3	4	4	5	6	6
4	3	3	3	4	5	6	6	6
5	4	4	4	5	6	7	7	7
6	4	4	5	6	6	7	7	7
7	6	6	6	6	7	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	7

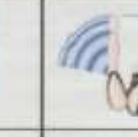
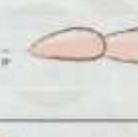
METODO RULA

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador <i>Andrea R.</i>
Puesto ⁶ Cargo Conductor	Empresa Transguamuez	Fecha 5-08-2020

Lado derecho:

Brazo derecho 					<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho 				<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados	
Muñeca derecha 				<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media	
Torsión de muñeca der. 		Fuerza y carga lado dominante	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Uso de musculatura		<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)			

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo 					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo 				<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados	
Muñeca izquierda 				<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media	
Torsión de muñeca izq. 		Fuerza y carga lado no dominante	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Uso de musculatura		<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)			

Cuello				
Torsión de cuello				
Inclinación lateral cuello				
Tronco				
Torsión tronco				
Inclinación lateral tronco				
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) <input checked="" type="checkbox"/>			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca								
		1		2		3		4		
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		
		1	2	1	2	1	2	1	2	
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3	
	3	2	3	2	3	3	3	4	4	
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4	
	2	2	2	2	3	3	3	4	4	
	3	2	3	3	3	4	4	4	5	
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5	
	2	2	3	3	3	4	4	5	5	
	3	2	3	3	4	4	4	5	5	
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5	
	2	3	4	4	4	4	4	5	5	
	3	3	4	4	5	5	5	6	6	
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7	
	2	5	6	6	6	6	7	7	7	
	3	6	6	6	7	7	7	7	8	
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9	
	2	7	8	8	8	8	9	9	9	
	3	9	9	9	9	9	9	9	9	

+3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+2

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
1	1	2	3	3	4	5	5	
2	2	2	3	4	4	5	5	
3	3	3	3	4	4	5	6	
4	3	3	3	4	5	6	6	
5	4	4	4	5	6	7	7	
6	4	4	5	6	6	7	7	
7	6	6	6	6	7	7	7	
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT				Evaluador <i>Andrea H.</i>	
Puesto <i>14</i> Cargo <i>Conductor</i>			Empresa <i>Transguamuez</i>		Fecha <i>5 Agosto 2020</i>

Lado derecho:

Brazo derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Tornón de muñeca der.					SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida <input type="checkbox"/> 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura		<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)			

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Tornón de muñeca izq.					SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura		<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)			

Cuello					
Torsión de cuello					
Inclinación lateral cuello					
Tronco					
Torsión tronco					
Inclinación lateral tronco					
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada	3
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3				
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) 1				

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+ 3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

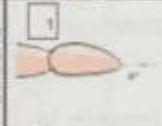
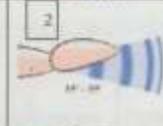
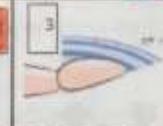
+ 2

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
1	1	2	3	3	4	5	5	
2	2	2	3	4	4	5	5	
3	3	3	3	4	4	5	6	
4	3	3	3	4	5	6	6	
5	4	4	4	5	6	7	7	
6	4	4	5	6	6	7	7	
7	6	6	6	6	7	7	7	
8+	6	6	6	7	7	7	7	

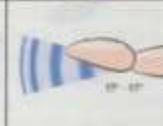
METODO RULA

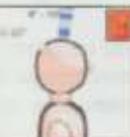
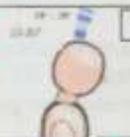
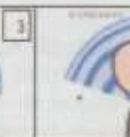
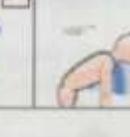
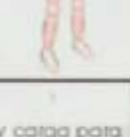
Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador <i>Andrea P.</i>
Puesto 12 Cargo Conductor	Empresa Transguamuez	Fecha 5-Agosto-2020

Lado derecho:

Brazo derecho     	<input type="checkbox"/> hombro elevada +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyada +1
Ante brazo derecho    	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha    	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Tensión de muñeca dsa.  	Fuerza y carga total desviada SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo     	<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Ante brazo izquierdo    	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda    	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Tensión de muñeca izq.  	Fuerza y carga total desviada SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)

Cuello				
Torsión de cuello				
Inclinación lateral cuello				
Tronco				
Torsión tronco				
Inclinación lateral tronco				
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyadas y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyadas y en postura balanceada
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> Sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3			
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) <input type="checkbox"/>			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	2	1	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4
	3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
2	1	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6
3	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	6
	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+2.

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
1	1	2	3	3	4	5	5	
2	2	2	3	4	4	5	5	
3	3	3	3	4	4	5	6	
4	3	3	3	4	5	6	6	
5	4	4	4	5	6	7	7	
6	4	4	5	6	6	7	7	
7	6	6	6	6	7	7	7	
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

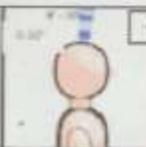
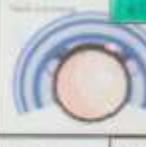
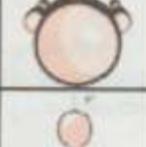
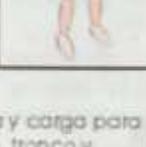
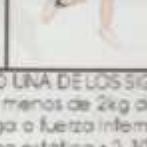
Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador Andrea R.
Puesto 19 Cargo Conductor	Empresa Transguamuez	Fecha 5-Agosto-2020

Lado derecho:

Brazo derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevada <input type="checkbox"/> brazo abducida <input type="checkbox"/> brazo apoyada	+1 +1 +1
Antebrazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados	
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media	
Tornión de muñeca der.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas			0 1 2 3
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)					

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevada <input type="checkbox"/> brazo abducida <input type="checkbox"/> brazo apoyada	
Antebrazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados	
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media	
Tornión de muñeca izq.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas			0 1 2 3
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)					

Cuello	 1	 2	 3	 4
Torsión de cuello		 +1		
Inclinación lateral cuello		 +1		
Tronco	 1	 2	 3	 4
Torsión tronco		 +1		
Inclinación lateral tronco		 +1		
Piernas	 Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		 Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada	2
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) 2			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca								
		1		2		3		4		
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		
		1	2	1	2	1	2	1	2	
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9	9

+4

AREA B

Cuello	Tronco												
	1		2		3		4		5		6		
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6	6

+2

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
1	1	2	3	3	4	5	5	5
2	2	2	3	4	4	5	5	5
3	3	3	3	4	4	5	6	6
4	3	3	3	4	5	6	7	7
5	4	4	4	5	6	7	7	7
6	4	4	5	6	6	7	7	7
7	6	6	6	6	7	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	7

METODO RULA

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador: <i>Andrea H</i>
Puesto: 10 Cargo: Conductor	Empresa: Transguamuez S.A	Fecha: 5 Agosto 2020

Lado derecho:

Bravo derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Ante brazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Tensión de muñeca der.					SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente [0] <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente [1] <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente [2] <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas [3]
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Lado izquierdo:

Bravo izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Ante brazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Tensión de muñeca izq.					SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Cuello				
Torsión de cuello				
Inclinación lateral cuello				
Tronco				
Torsión tronco				
Inclinación lateral tronco				
Piernas	 Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada	 Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada		
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) <input checked="" type="checkbox"/>			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

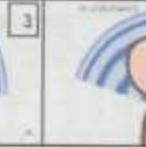
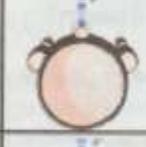
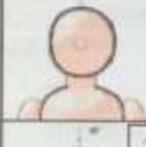
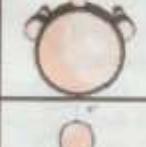
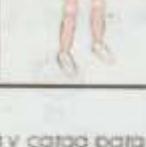
+ 3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+ 2

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
	1	1	2	3	3	4	5	5
	2	2	2	3	4	4	5	5
	3	3	3	3	4	4	5	6
	4	3	3	3	4	5	6	6
	5	4	4	4	5	6	7	7
	6	4	4	5	6	6	7	7
	7	6	6	6	6	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	

Cuello	 1	 2	 3	 4
Torsión de cuello		 +1		
Inclinación lateral cuello		 +1		
Tronco	 1	 2	 3	 4
Torsión tronco		 +1		
Inclinación lateral tronco		 +1		
Piernas	 1	Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada	 2	Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) <input type="checkbox"/>			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+2

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
	1	1	2	3	3	4	5	5
	2	2	2	3	4	4	5	5
	3	3	3	3	4	4	5	6
	4	3	3	3	4	5	6	6
	5	4	4	4	5	6	7	7
	6	4	4	5	6	6	7	7
	7	6	6	6	6	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

Hoja de Campo RULA
RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT

Puesto **+**
Cargo **conductor** Empresa **Transguamuez** Evaluador **Araken** Fecha **5 Agosto 2020**

Lado derecho:

Bravo derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca derecha			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto				

Lado izquierdo:

Bravo izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izquierda			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto				

Cuello					
Torsión de cuello					
Inclinación lateral cuello					
Tronco					
Torsión tronco					
Inclinación lateral tronco					
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyadas y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada	
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3				
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) <input type="checkbox"/>				

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+2

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
1	1	2	3	3	4	5	5	5
2	2	2	3	4	4	5	5	5
3	3	3	3	4	4	5	6	6
4	3	3	3	4	5	6	6	6
5	4	4	4	5	6	7	7	7
6	4	4	5	6	6	7	7	7
7	6	6	6	6	7	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	7

METODO RULA

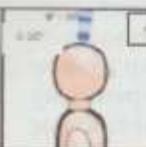
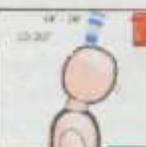
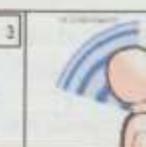
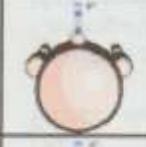
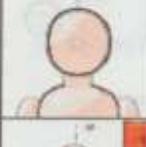
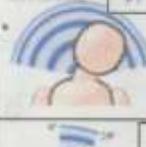
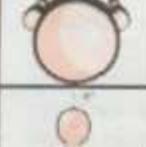
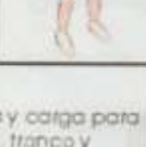
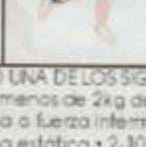
Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT				Evaluador <i>Andrea</i>	
Puesto ⁴ Cargo <i>Conductor</i>			Empresa <i>Transguamuez S.A</i>		Fecha <i>4 Agosto 2020</i>

Lado derecho:

Brazo derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Forzón de muñeca der.			Fuerza y carga lado <i>derecho</i> SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Forzón de muñeca izq.			Fuerza y carga lado <i>izquierdo</i> SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Cuello	 1	 2	 3	 4	
Torsión de cuello		 +1			
Inclinación lateral cuello		 +1			
Tronco	 1	 2	 3	 4	
Torsión tronco		 +1			
Inclinación lateral tronco		 +1			
Piernas	 1	Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada	 2	Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada	
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3				
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) 4				

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca								
		1		2		3		4		
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9	9

+ 3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
	2	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
	3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6
	5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6

+ 2

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
1	1	2	3	3	4	5	7+	
2	2	2	3	4	4	5	5	
3	3	3	3	4	4	5	6	
4	3	3	3	4	5	6	6	
5	4	4	4	5	6	7	7	
6	4	4	5	6	6	7	7	
7	6	6	6	6	7	7	7	
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador <i>Leandra R.</i>
Puesto / Cargo: Conductor	Empresa: Transguamuez	Fecha: 4-Agosto-2020

Lado derecho:

Brazo derecho    	<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho    	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha    	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media +1
Tensión de muñeca der.  	Fuerza y carga lado dominante SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida <input type="checkbox"/> 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rípidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo    	<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo    	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda    	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Tensión de muñeca izq.  	Fuerza y carga lado dominante SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rípidamente acumulativas
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)

Cuello				
Torsión de cuello				
Inclinación lateral cuello				
Tronco				
Torsión tronco				
Inclinación lateral tronco				
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) <input checked="" type="checkbox"/>			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+2

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+4

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
1	1	2	3	3	4	5	5	
2	2	2	3	4	4	5	5	
3	3	3	3	4	4	5	6	
4	3	3	3	4	5	6	6	
5	4	4	4	5	6	7	7	
6	4	4	5	6	6	7	7	
7	6	6	6	6	7	7	7	
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

Hoja de Campo RULA
RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT

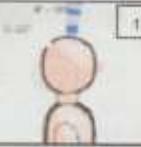
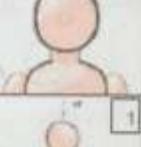
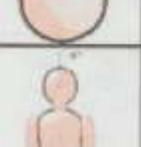
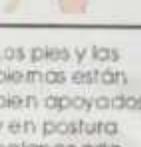
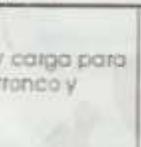
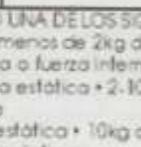
Puesto ¹⁸ Cargo Conductor	Empresa Trasguamuez	Evaluador Andrea tl Fecha 4 Agosto 2020
--	----------------------------	--

Lado derecho:

Brazo derecho	1	2	2	3	4	<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca dta.	1	2	Fuerza y carga lado abducido			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura <input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto						

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo	1	2	2	3	4	<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.	1	2	Fuerza y carga lado abducido			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas
Uso de musculatura <input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto						

Cuello	 1	 2	 3	 4	
Torsión de cuello		 2			
Inclinación lateral cuello		 2			
Tronco	 1	 2	 3	 4	
Torsión tronco		 1			
Inclinación lateral tronco		 2			
Piernas	 1	Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada	 2	Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada	
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga • fuerza intermitente 0 <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3				
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto 1				

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca								
		1		2		3		4		
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		
		1	2	1	2	1	2	1	2	
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9	9

+4

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+4

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
	1	1	2	3	3	4	5	5
	2	2	2	3	4	4	5	5
	3	3	3	3	4	4	5	6
	4	3	3	3	4	5	6	6
	5	4	4	4	5	6	7	7
	6	4	4	5	6	6	7	7
	7	6	6	6	6	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador <i>Andrea</i>
Puesto 14 Cargo <i>Conductor</i>	Empresa <i>Transguamuez S.A</i>	Fecha <i>4 agosto 2020</i>

Lado derecho:

Bravo derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto				

Lado izquierdo:

Bravo izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto				

Cuello					
Torsión de cuello					
Inclinación lateral cuello					
Tronco					
Torsión tronco					
Inclinación lateral tronco					
Piernas	 Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada	 Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada			
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática + 2-10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida; fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3				
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto <input type="checkbox"/> 4				

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+4

AREA B

Cuello	Tronco												
	1		2		3		4		5		6		
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6	6

+3

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
1	1	2	3	3	4	5	5	
2	2	2	3	4	4	5	5	
3	3	3	3	4	4	5	6	
4	3	3	3	4	5	6	6	
5	4	4	4	5	6	7	7	
6	4	4	5	6	6	7	7	
7	6	6	6	6	7	7	7	
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

Hoja de Campo RULA RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT		Evaluador <i>Andrea etl.</i>
Puesto <i>15</i> Cargo <i>conductor</i>	Empresa <i>Transguamuez</i>	Fecha <i>5 Agosto 2020</i>

Lado derecho:

Brazo derecho						<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho						<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha						<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca dir.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto					

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo						<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo						<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda						<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia + menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática + 2- 10kg de carga o fuerza repetida + 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática + 10kg de carga o fuerza repetida + fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto					

Cuello		<input type="checkbox"/> 1		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
Torsión de cuello		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
Inclinación lateral cuello		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> +1				
Tronco		<input type="checkbox"/> 1		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4
Torsión tronco		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				
Inclinación lateral tronco		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> +1				
Piernas		<input checked="" type="checkbox"/>	Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		<input type="checkbox"/> 2	Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada		
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3							
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto) <input type="checkbox"/>							

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+ 3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+ 3

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
1	1	2	3	3	4	5	6	7
2	2	2	3	4	4	5	6	7
3	3	3	3	4	4	5	6	7
4	3	3	3	4	5	6	7	7
5	4	4	4	5	6	6	7	7
6	4	4	5	6	6	6	7	7
7	6	6	6	6	7	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	7

METODO RULA

Hoja de Campo RULA
RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT

Evaluador: *Andrea R*

Puesto: *13*
Cargo: *Conductor*

Empresa: *Transguamuez*

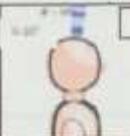
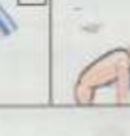
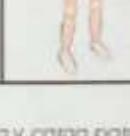
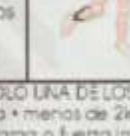
Fecha: *5 Agosto 2020*

Lado derecho:

Braccio derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevada +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca dier			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Lado izquierdo:

Braccio izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Cuello	 1	 2	 3	 4
Torsión de cuello	 0	 +1		
Inclinación lateral cuello	 0	 +1		
Tronco	 1	 2	 3	 4
Torsión tronco	 0	 +1		
Inclinación lateral tronco	 0	 +1		
Piernas	 1	Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada	 2	Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente 0 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas 3			
Uso de musculatura	<input type="checkbox"/> Postura estática (sostenida) más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto 1			

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+2

Puntuación D	Puntuación C							
	1	2	3	4	5	6	7+	
	1	1	2	3	3	4	5	5
	2	2	2	3	4	4	5	5
	3	3	3	3	4	4	5	6
	4	3	3	3	4	5	6	6
	5	4	4	4	5	6	7	7
	6	4	4	5	6	6	7	7
	7	6	6	6	6	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	

METODO RULA

Hoja de Campo RULA
RAPID UPPER LIMB ASSESSMENT

Puesto 16 Carga Conductor	Empresa Transguamuez S.A.	Evaluador Andrea H. Fecha 4 agosto 2020
--	----------------------------------	--

Lado derecho:

Brazo derecho					<input type="checkbox"/> hombro elevado +1 <input type="checkbox"/> brazo abducido +1 <input type="checkbox"/> brazo apoyado +1
Antebrazo derecho					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados +1
Muñeca derecha					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media +1
Torsión de muñeca der.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Lado izquierdo:

Brazo izquierdo					<input type="checkbox"/> hombro elevado <input type="checkbox"/> brazo abducido <input type="checkbox"/> brazo apoyado
Antebrazo izquierdo					<input type="checkbox"/> Cruza la línea media del cuerpo o sale hacia los lados
Muñeca izquierda					<input type="checkbox"/> Muñeca desviada fuera de la línea media
Torsión de muñeca izq.			SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2- 10kg de carga estática • 2- 10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas		
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática (sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto)				

Cuello					
Torsión de cuello					
Inclinación lateral cuello					
Tronco					
Torsión tronco					
Inclinación lateral tronco					
Piernas		Los pies y las piernas están bien apoyados y en postura balanceada		Los pies y las piernas NO están bien apoyados y en postura balanceada	
Fuerza y carga para cuello, tronco y piernas	SELECCIONE SOLO UNA DE LOS SIGUIENTES: <input type="checkbox"/> sin resistencia • menos de 2kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2-10kg de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-10kg de carga estática • 2-10kg de carga o fuerza repetida • 10kg o más de carga o fuerza intermitente <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10kg de carga estática • 10kg de carga o fuerza repetida • fuerzas de choque o fuerzas rápidamente acumulativas <input type="checkbox"/> 3				
Uso de musculatura	<input checked="" type="checkbox"/> Postura estática sostenida más de 1 minuto o repetida más de 4 veces por minuto <input type="checkbox"/> 4				

TABLAS DE CALIFICACION

AREA A

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca		Lat. Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	2	3	3	3	4	4
2	1	2	2	2	3	3	3	4	4
	2	2	2	2	3	3	3	4	4
	3	2	3	3	3	4	4	4	5
3	1	2	3	3	3	4	4	5	5
	2	2	3	3	3	4	4	5	5
	3	2	3	3	4	4	4	5	5
4	1	3	4	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	3	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	5	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	7	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

+3

AREA B

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna		Pierna	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	2	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4
2	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5	5
3	2	2	2	3	3	4	4	5	5	5	6	6
4	2	3	2	3	3	4	4	5	6	6	6	6
5	3	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6

+3

Puntuación D	Puntuación C							
		1	2	3	4	5	6	7+
1	1	2	3	3	4	5	6	7
2	2	2	3	4	4	5	6	7
3	3	3	3	4	4	5	6	7
4	3	3	3	4	5	6	7	7
5	4	4	4	5	6	7	7	7
6	4	4	5	6	6	7	7	7
7	6	6	6	6	7	7	7	7
8+	6	6	6	7	7	7	7	7

Anexo 3 Encuestas

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Virgilio Ocampo</u>	Fecha: <u>04-08-2020</u>																																							
Edad: <u>43</u>	Sexo: <u>M</u>	Cargo o labor: <u>conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS. Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o más <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o más <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o más <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input checked="" type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>SÍ <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> </table>	11. FUMA		a	SÍ <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>SÍ <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	SÍ <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Cual <input type="checkbox"/>		Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>SÍ <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	SÍ <input type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	SÍ <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	SÍ <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Cual <input type="checkbox"/>																																								
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	SÍ <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Quincenal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p>																																								
<p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:																
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:																																								
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Yamil ORTIZ Cebalero</u>	Sexo: <u>MASCULINO</u>	Fecha: <u>04/07/2020</u>																																						
Edad: <u>33</u>		Cargo o labor:																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o más <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o más <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o más <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser SÍ. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>SÍ <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	SÍ <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>SÍ <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="text"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <input type="text"/>		Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Ocasional <input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>SÍ <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="text"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	SÍ <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Quincenal <input type="text"/>		Ocasional <input type="text"/>	
11. FUMA																																								
a	SÍ <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	SÍ <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <input type="text"/>																																								
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input type="text"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	SÍ <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Quincenal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input type="text"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SÍ o NO</p>																																								
<p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p>																																								
	SÍ	NO																																						
SINTOMA																																								
Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
Dolor de cuello		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:																																								



ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO		
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO		
Nombre y apellidos: <u>Ken Mesero</u>	Fecha: <u>4- agosto - 2020</u>	
Edad: <u>26</u>	Sexo: <u>M</u>	Cargo o labor: <u>conductor</u>
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DIAGNOSTICAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>		
1. EDAD	2. ESTADO CIVIL	3. PERSONAS A CARGO
a 18 a 25 años <input type="checkbox"/> b 26 a 35 años <input checked="" type="checkbox"/> c 36 a 45 años <input type="checkbox"/> d 46 a 55 años <input type="checkbox"/> e 56 años o mas <input type="checkbox"/>	a Sotero (a) <input checked="" type="checkbox"/> b Casado (a) Unión libre <input type="checkbox"/> c Separado <input type="checkbox"/> d Viudo (a) <input type="checkbox"/>	a Ninguno <input type="checkbox"/> b 1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/> c 3 a 4 personas <input type="checkbox"/> d más de 5 personas <input type="checkbox"/>
4. ESCOLARIDAD	5. TENENCIA DE VIVIENDA	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a Ninguna <input type="checkbox"/> b Primaria <input type="checkbox"/> c Secundaria <input type="checkbox"/> d Técnico o Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/> e Universitario <input type="checkbox"/> f Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	a Propia <input type="checkbox"/> b Arriendo <input type="checkbox"/> c Familiar <input checked="" type="checkbox"/>	a Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/> b De 1 a 5 años <input type="checkbox"/> c De 5 a 10 años <input type="checkbox"/> d De 10 a 15 años <input type="checkbox"/> e Más de 15 años <input type="checkbox"/>
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	8. HORAS LABORADAS X DIA	9. SALARIO QUE RECIBE
a Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/> b De 1 a 5 años <input type="checkbox"/> c De 5 a 10 años <input type="checkbox"/> d De 10 a 15 años <input type="checkbox"/> e Más de 15 años <input type="checkbox"/>	a De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> b De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/> c De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/> d Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	a Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/> b 1 SMMLV <input type="checkbox"/> c 1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/> d Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		
a Actividades lúdicas de prevención <input type="checkbox"/> b Exámenes periódicos <input type="checkbox"/> c Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/> d Ninguna <input type="checkbox"/> e Otra: cual <input type="checkbox"/>		
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser SI. Marque el promedio.</p>		
11. FUMA	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a SI <input type="checkbox"/> b NO <input checked="" type="checkbox"/> Promedio por día: _____	a SI <input checked="" type="checkbox"/> b NO <input type="checkbox"/> Cual <u>Futbol</u> Diario _____ Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional _____	a SI <input checked="" type="checkbox"/> b NO <input type="checkbox"/> Diario _____ Semanal _____ Quincenal _____ Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p>		
SINTOMA	SI	NO
Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Otras - Cuales:		



ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Juan Eduardo Garcia</u>	Fecha: <u>04-08-2020</u>																																							
Edad: <u>59 años</u>	Sexo: <u>M</u>	Cargo o labor: <u>conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o más <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o más <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input checked="" type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o más <input checked="" type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>	c	Secundaria <input type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>salto cuerda</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <u>salto cuerda</u>		Diario <input checked="" type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <u>salto cuerda</u>																																								
Diario <input checked="" type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Quincenal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SÍ o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SÍ	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
SINTOMA	SÍ	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																						
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Díaz Amando Felipe</u>	Fecha: <u>5-08-20</u>																																							
Edad: <u>24</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cargo o labor: <u>conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADEMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input checked="" type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input checked="" type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input checked="" type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <input type="text"/>		Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="text"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Quincenal <input type="text"/>		Ocasional <input type="text"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <input type="text"/>																																								
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Quincenal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input type="text"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																						
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Hernando Castro</u>	Fecha: <u>05-08-90</u>																																							
Edad: <u>41</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cargo o labor: <u>conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADemicOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>	c	Secundaria <input type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser SI. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2">_____</td></tr> </table>	11. FUMA		a	SI <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		_____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional _____</td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	SI <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Cual _____		Diario _____		Semanal _____		Ocasional _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional _____</td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	SI <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario _____		Semanal _____		Quincenal _____		Ocasional _____	
11. FUMA																																								
a	SI <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								

12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	SI <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Cual _____																																								
Diario _____																																								
Semanal _____																																								
Ocasional _____																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	SI <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario _____																																								
Semanal _____																																								
Quincenal _____																																								
Ocasional _____																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td colspan="2">_____</td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	_____															
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	_____																																							
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Jairo Fabian Gomez M.</u>	Fecha: <u>05-08-20</u>																																							
Edad: <u>38.</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cargo o labor: <u>conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADEMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input checked="" type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input checked="" type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual: <u>futbol</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual: <u>futbol</u>		Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual: <u>futbol</u>																																								
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Quincenal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td style="text-align: center;">X</td><td></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td style="text-align: center;">X</td><td></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td style="text-align: center;">X</td><td></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td style="text-align: center;">X</td><td></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td style="text-align: center;">X</td><td></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	X		Dolor de cuello	X		Dolor lumbar	X		Dificultad para realizar algún movimiento	X		Dolor de manos	X		Ha presentado accidentes de trabajo			Otras - Cuales:																
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	X																																							
Dolor de cuello	X																																							
Dolor lumbar	X																																							
Dificultad para realizar algún movimiento	X																																							
Dolor de manos	X																																							
Ha presentado accidentes de trabajo																																								
Otras - Cuales:																																								
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Luis Albany Eraso</u>	Fecha: <u>05-08-2020</u>																																							
Edad: <u>46</u>	Sexo: <u>M</u>	Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																						
PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADEMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS. Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2">_____</td></tr> </table>	11. FUMA		a	SI <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		_____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>Fútbol - ciclismo</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional _____</td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	SI <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <u>Fútbol - ciclismo</u>		Diario _____		Semanal <input checked="" type="checkbox"/>		Ocasional _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional _____</td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	SI <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario _____		Semanal _____		Quincenal _____		Ocasional _____	
11. FUMA																																								
a	SI <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								

12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	SI <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <u>Fútbol - ciclismo</u>																																								
Diario _____																																								
Semanal <input checked="" type="checkbox"/>																																								
Ocasional _____																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	SI <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario _____																																								
Semanal _____																																								
Quincenal _____																																								
Ocasional _____																																								
A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO																																								
Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:																		
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																										
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																										
Nombre y apellidos: <u>Luis Enafo Hernandez</u>	Fecha: <u>05-08-2020</u>																									
Edad: <u>43</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cargo o labor: <u>Conductor</u>																								
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																										
1. EDAD a 18 a 25 años <input type="checkbox"/> b 26 a 35 años <input type="checkbox"/> c 36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/> d 46 a 55 años <input type="checkbox"/> e 56 años o mas <input type="checkbox"/>	2. ESTADO CIVIL a Sotero (a) <input type="checkbox"/> b Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/> c Separado <input type="checkbox"/> d Viudo (a) <input type="checkbox"/>	3. PERSONAS A CARGO a Ninguno <input type="checkbox"/> b 1 a 2 personas <input type="checkbox"/> c 3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/> d más de 5 personas <input type="checkbox"/>																								
4. ESCOLARIDAD a Ninguna <input type="checkbox"/> b Primaria <input checked="" type="checkbox"/> c Secundaria <input type="checkbox"/> d Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/> e Universitario <input type="checkbox"/> f Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	5. TENENCIA DE VIVIENDA a Propia <input type="checkbox"/> b Arriendo <input checked="" type="checkbox"/> c Familiar <input type="checkbox"/>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA a Menos de 1 año <input type="checkbox"/> b De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/> c De 5 a 10 años <input type="checkbox"/> d De 10 a 15 años <input type="checkbox"/> e Más de 15 años <input type="checkbox"/>																								
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO a Menos de 1 año <input type="checkbox"/> b De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/> c De 5 a 10 años <input type="checkbox"/> d De 10 a 15 años <input type="checkbox"/> e Más de 15 años <input type="checkbox"/>	8. HORAS LABORADAS X DIA a De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> b De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/> c De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/> d Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	9. SALARIO QUE RECIBE a Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/> b 1 SMMLV <input type="checkbox"/> c 1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/> d Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																								
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA a Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/> b Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/> c Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/> d Ninguna <input type="checkbox"/> e Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.																										
11. FUMA a SI <input type="checkbox"/> b NO <input checked="" type="checkbox"/> Promedio por día: _____	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE a SI <input checked="" type="checkbox"/> b NO <input type="checkbox"/> Cual: <u>Practicar futbol</u> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS a SI <input type="checkbox"/> b NO <input checked="" type="checkbox"/> Diario _____ Semanal _____ Quincenal _____ Ocasional _____																								
A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO																										
Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor de cabeza</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolor de cuello</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolor lumbar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dificultad para realizar algún movimiento</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolor de manos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ha presentado accidentes de trabajo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otras - Cuales:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:				
SINTOMA	SI	NO																								
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																								
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																								
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																								
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																								
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																								
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																								
Otras - Cuales:																										

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Roberto Albaino Aguado</u>	Fecha: <u>05-08-2020</u>																																							
Edad: <u>49</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>	c	Secundaria <input type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>Fútbol</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <u>Fútbol</u>		Diario <input checked="" type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <u>Fútbol</u>																																								
Diario <input checked="" type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Quincenal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Jairo Romero</u>	Fecha: <u>05-09-2020</u>																																							
Edad: <u>47</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADEMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>	c	Secundaria <input type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="text"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Cual <input type="text"/>		Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Ocasional <input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="text"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Quincenal <input type="text"/>		Ocasional <input type="text"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Cual <input type="text"/>																																								
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input type="text"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Quincenal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input type="text"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																						
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: Sergio Ovalle	Fecha: 06-08-2020																																							
Edad: 44	Sexo: M.	Cargo o labor: Conductor																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS. Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o más <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o más <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o más <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>Caminto</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <u>Caminto</u>		Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input checked="" type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <u>Caminto</u>																																								
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input checked="" type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Quincenal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																						
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																						
Nombre y apellidos: <u>Leonardo Muñoz Gómez</u>	Fecha: <u>04-08-020</u>																																					
Edad: <u>52</u>	Sexo: <u>H.</u>	Cargo o labor: <u>conductor.</u>																																				
PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADEMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS. Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>				
1. EDAD																																						
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																					
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																					
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																					
d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>																																					
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																					
2. ESTADO CIVIL																																						
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																					
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																					
c	Separado <input type="checkbox"/>																																					
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																					
3. PERSONAS A CARGO																																						
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																					
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																					
c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																					
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>		
4. ESCOLARIDAD																																						
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																					
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																					
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																					
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																					
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																					
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																					
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																						
a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>																																					
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																					
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																					
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																						
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																					
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																					
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																					
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																					
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>				
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																						
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																					
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																					
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																					
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																					
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																					
8. HORAS LABORADAS X DIA																																						
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																					
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																					
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																					
d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																					
9. SALARIO QUE RECIBE																																						
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																					
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																					
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																					
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																								
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																						
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																					
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																					
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																					
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																					
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																					
Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día: _____</td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>Bolcivol</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <u>Bolcivol</u>		Diario _____		Semanal _____		Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional _____</td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario _____		Semanal _____		Quincenal _____		Ocasional _____	
11. FUMA																																						
a	Sí <input type="checkbox"/>																																					
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																					
Promedio por día: _____																																						
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																						
a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>																																					
b	NO <input type="checkbox"/>																																					
Cual <u>Bolcivol</u>																																						
Diario _____																																						
Semanal _____																																						
Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>																																						
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																						
a	Sí <input type="checkbox"/>																																					
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																					
Diario _____																																						
Semanal _____																																						
Quincenal _____																																						
Ocasional _____																																						
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:														
SINTOMA	SI	NO																																				
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																				
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																				
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																				
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																				
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																				
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																				
Otras - Cuales:																																						
																																						

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <i>Pacheco Lopez Cortez</i>	Sexo: <i>M</i>	Fecha: <i>04.08.2020</i>																																						
Edad: <i>38</i>	Cargo o labor: <i>conductor</i>																																							
<p style="text-align: center;">PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADEMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p style="text-align: center;">Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input type="checkbox"/>	b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input checked="" type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="text"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Cual <input type="text"/>		Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Ocasional <input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Quincenal <input type="text"/>		Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Cual <input type="text"/>																																								
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input type="text"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Quincenal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td></td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>		Dolor de cuello		<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>		Dificultad para realizar algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos		<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo		<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:																
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
Dolor de cuello		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
Dificultad para realizar algún movimiento		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo		<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:																																								
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Miguel Roberto Pizarra</u>	Fecha: <u>05-08-2020</u>																																							
Edad: <u>42</u>	Sexo: <u>M</u>	Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>	c	Secundaria <input type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser SI. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	SI <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>Fútbol soccer</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	SI <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <u>Fútbol soccer</u>		Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input checked="" type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	SI <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	SI <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	SI <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <u>Fútbol soccer</u>																																								
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input checked="" type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	SI <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Quincenal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																						
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																						
Nombre y apellidos: <u>Alvaro Javier Melo Santarva</u>	Sexo: <u>M</u>	Fecha: <u>05-08-2020</u>																																				
Edad: <u>29</u>		Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																				
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años _____</td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <u>X</u></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años _____</td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años _____</td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas _____</td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años _____	b	26 a 35 años <u>X</u>	c	36 a 45 años _____	d	46 a 55 años _____	e	56 años o mas _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <u>X</u></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre _____</td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado _____</td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) _____</td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <u>X</u>	b	Casado (a) Unión libre _____	c	Separado _____	d	Viudo (a) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <u>X</u></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas _____</td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas _____</td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas _____</td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <u>X</u>	b	1 a 2 personas _____	c	3 a 4 personas _____	d	más de 5 personas _____				
1. EDAD																																						
a	18 a 25 años _____																																					
b	26 a 35 años <u>X</u>																																					
c	36 a 45 años _____																																					
d	46 a 55 años _____																																					
e	56 años o mas _____																																					
2. ESTADO CIVIL																																						
a	Sotero (a) <u>X</u>																																					
b	Casado (a) Unión libre _____																																					
c	Separado _____																																					
d	Viudo (a) _____																																					
3. PERSONAS A CARGO																																						
a	Ninguno <u>X</u>																																					
b	1 a 2 personas _____																																					
c	3 a 4 personas _____																																					
d	más de 5 personas _____																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna _____</td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria _____</td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria _____</td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <u>X</u></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario _____</td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar _____</td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna _____	b	Primaria _____	c	Secundaria _____	d	Técnico o Tecnólogo <u>X</u>	e	Universitario _____	f	Mayor nivel escolar _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <u>X</u></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo _____</td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar _____</td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <u>X</u>	b	Arriendo _____	c	Familiar _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año _____</td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <u>X</u></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años _____</td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años _____</td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años _____</td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año _____	b	De 1 a 5 años <u>X</u>	c	De 5 a 10 años _____	d	De 10 a 15 años _____	e	Más de 15 años _____		
4. ESCOLARIDAD																																						
a	Ninguna _____																																					
b	Primaria _____																																					
c	Secundaria _____																																					
d	Técnico o Tecnólogo <u>X</u>																																					
e	Universitario _____																																					
f	Mayor nivel escolar _____																																					
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																						
a	Propia <u>X</u>																																					
b	Arriendo _____																																					
c	Familiar _____																																					
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																						
a	Menos de 1 año _____																																					
b	De 1 a 5 años <u>X</u>																																					
c	De 5 a 10 años _____																																					
d	De 10 a 15 años _____																																					
e	Más de 15 años _____																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año _____</td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <u>X</u></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años _____</td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años _____</td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años _____</td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año _____	b	De 1 a 5 años <u>X</u>	c	De 5 a 10 años _____	d	De 10 a 15 años _____	e	Más de 15 años _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas _____</td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <u>X</u></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas _____</td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas _____</td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas _____	b	De 3 a 6 horas <u>X</u>	c	De 6 a 9 horas _____	d	Más de 9 horas _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <u>X</u></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV _____</td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV _____</td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV _____</td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <u>X</u>	b	1 SMMLV _____	c	1 a 2 SMMLV _____	d	Más de 2 SMMLV _____				
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																						
a	Menos de 1 año _____																																					
b	De 1 a 5 años <u>X</u>																																					
c	De 5 a 10 años _____																																					
d	De 10 a 15 años _____																																					
e	Más de 15 años _____																																					
8. HORAS LABORADAS X DIA																																						
a	De 1 a 3 horas _____																																					
b	De 3 a 6 horas <u>X</u>																																					
c	De 6 a 9 horas _____																																					
d	Más de 9 horas _____																																					
9. SALARIO QUE RECIBE																																						
a	Menos de 1 SMMLV <u>X</u>																																					
b	1 SMMLV _____																																					
c	1 a 2 SMMLV _____																																					
d	Más de 2 SMMLV _____																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención _____</td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos _____</td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <u>X</u></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna _____</td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual _____</td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención _____	b	Exámenes periódicos _____	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <u>X</u>	d	Ninguna _____	e	Otra: cual _____																								
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																						
a	Actividades lúdicas de prevención _____																																					
b	Exámenes periódicos _____																																					
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <u>X</u>																																					
d	Ninguna _____																																					
e	Otra: cual _____																																					
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Si. Marque el promedio.</p>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI _____</td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <u>X</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día: _____</td></tr> </table>	11. FUMA		a	SI _____	b	NO <u>X</u>	Promedio por día: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <u>X</u></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>Futbol</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <u>X</u></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	SI <u>X</u>	b	NO _____	Cual <u>Futbol</u>		Diario _____		Semanal _____		Ocasional <u>X</u>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI _____</td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <u>X</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional _____</td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	SI _____	b	NO <u>X</u>	Diario _____		Semanal _____		Quincenal _____		Ocasional _____	
11. FUMA																																						
a	SI _____																																					
b	NO <u>X</u>																																					
Promedio por día: _____																																						
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																						
a	SI <u>X</u>																																					
b	NO _____																																					
Cual <u>Futbol</u>																																						
Diario _____																																						
Semanal _____																																						
Ocasional <u>X</u>																																						
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																						
a	SI _____																																					
b	NO <u>X</u>																																					
Diario _____																																						
Semanal _____																																						
Quincenal _____																																						
Ocasional _____																																						
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><u>X</u></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><u>X</u></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><u>X</u></td><td></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><u>X</u></td><td></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><u>X</u></td><td></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><u>X</u></td><td></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<u>X</u>		Dolor de cuello	<u>X</u>		Dolor lumbar	<u>X</u>		Dificultad para realizar algún movimiento	<u>X</u>		Dolor de manos	<u>X</u>		Ha presentado accidentes de trabajo	<u>X</u>		Otras - Cuales:														
SINTOMA	SI	NO																																				
Dolor de cabeza	<u>X</u>																																					
Dolor de cuello	<u>X</u>																																					
Dolor lumbar	<u>X</u>																																					
Dificultad para realizar algún movimiento	<u>X</u>																																					
Dolor de manos	<u>X</u>																																					
Ha presentado accidentes de trabajo	<u>X</u>																																					
Otras - Cuales:																																						
																																						

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Jose Luis Romo</u>	Fecha: <u>05-09-2020</u>																																							
Edad: <u>55</u>	Sexo: <u>M.</u>	Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS. Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2">_____</td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		_____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional _____</td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Cual _____		Diario _____		Semanal _____		Ocasional _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional _____</td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario _____		Semanal _____		Quincenal _____		Ocasional _____	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								

12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Cual _____																																								
Diario _____																																								
Semanal _____																																								
Ocasional _____																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario _____																																								
Semanal _____																																								
Quincenal _____																																								
Ocasional _____																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p>																																								
<p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p>																																								
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:																																								



ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Ara Delys Ordoñez</u>	Fecha: <u>05-09-2010</u>																																							
Edad: <u>42</u>	Sexo: <u>Femenino</u>	Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o más <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o más <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o más <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>	c	Secundaria <input type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DÍA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DÍA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DÍA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="text"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Cual <input type="text"/>		Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Ocasional <input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="text"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="text"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="text"/>		Semanal <input type="text"/>		Quincenal <input type="text"/>		Ocasional <input type="text"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Cual <input type="text"/>																																								
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input type="text"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="text"/>																																								
Semanal <input type="text"/>																																								
Quincenal <input type="text"/>																																								
Ocasional <input type="text"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta Sí o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SÍ	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
SINTOMA	SÍ	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																						
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Hector Soto</u>	Sexo: <u>M.</u>	Fecha: <u>05-08-2020</u>																																						
Edad: <u>53</u>	Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																							
<p style="text-align: center;">PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERAN UTILIZADOS UNICAMENTE CON FINES ACADEMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS. Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten. Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input checked="" type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input type="checkbox"/>	c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	SI <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>Tenis</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	SI <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <u>Tenis</u>		Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>SI <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	SI <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	SI <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	SI <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <u>Tenis</u>																																								
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input checked="" type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	SI <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Quincenal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta SI o NO</p> <p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SINTOMA</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de cabeza</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de cuello</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor lumbar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dificultad para realizar algún movimiento</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dolor de manos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ha presentado accidentes de trabajo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras - Cuales:</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			SINTOMA	SI	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otras - Cuales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
																																								

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO																																								
DATOS DEL PERSONAL ENCUESTADO																																								
Nombre y apellidos: <u>Sebastián Onasmo Lucero</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Fecha: <u>05-09-2020</u>																																						
Edad: <u>59</u>		Cargo o labor: <u>Conductor</u>																																						
<p>PARA SU INFORMACIÓN LOS RESULTADOS DE ESTA ENCUESTA SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ACADÉMICOS, PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ENCUESTA, SUS RESPUESTAS SON MUY VALIOSAS.</p> <p>Marque con una "X" la respuesta correcta y diligencie los datos donde se soliciten.</p> <p>Marque sus respuestas con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">1. EDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>18 a 25 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>26 a 35 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>36 a 45 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>46 a 55 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>56 años o mas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. EDAD		a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>	b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>	c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>	d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>	e	56 años o mas <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">2. ESTADO CIVIL</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sotero (a) <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Separado <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Viudo (a) <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	2. ESTADO CIVIL		a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>	b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>	c	Separado <input type="checkbox"/>	d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">3. PERSONAS A CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguno <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>3 a 4 personas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>más de 5 personas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	3. PERSONAS A CARGO		a	Ninguno <input type="checkbox"/>	b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>	c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>	d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>						
1. EDAD																																								
a	18 a 25 años <input type="checkbox"/>																																							
b	26 a 35 años <input type="checkbox"/>																																							
c	36 a 45 años <input type="checkbox"/>																																							
d	46 a 55 años <input type="checkbox"/>																																							
e	56 años o mas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
2. ESTADO CIVIL																																								
a	Sotero (a) <input type="checkbox"/>																																							
b	Casado (a) Unión libre <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Separado <input type="checkbox"/>																																							
d	Viudo (a) <input type="checkbox"/>																																							
3. PERSONAS A CARGO																																								
a	Ninguno <input type="checkbox"/>																																							
b	1 a 2 personas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	3 a 4 personas <input type="checkbox"/>																																							
d	más de 5 personas <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">4. ESCOLARIDAD</th></tr> <tr><td>a</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Primaria <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Secundaria <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Universitario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f</td><td>Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	4. ESCOLARIDAD		a	Ninguna <input type="checkbox"/>	b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>	c	Secundaria <input type="checkbox"/>	d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>	e	Universitario <input type="checkbox"/>	f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">5. TENENCIA DE VIVIENDA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Propia <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Arriendo <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Familiar <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	5. TENENCIA DE VIVIENDA		a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>	b	Arriendo <input type="checkbox"/>	c	Familiar <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>				
4. ESCOLARIDAD																																								
a	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
b	Primaria <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Secundaria <input type="checkbox"/>																																							
d	Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/>																																							
e	Universitario <input type="checkbox"/>																																							
f	Mayor nivel escolar <input type="checkbox"/>																																							
5. TENENCIA DE VIVIENDA																																								
a	Propia <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Arriendo <input type="checkbox"/>																																							
c	Familiar <input type="checkbox"/>																																							
6. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 año <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 1 a 5 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 5 a 10 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>De 10 a 15 años <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO		a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>	b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>	c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>	d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>	e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">8. HORAS LABORADAS X DIA</th></tr> <tr><td>a</td><td>De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 9 horas <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	8. HORAS LABORADAS X DIA		a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>	b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>	c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">9. SALARIO QUE RECIBE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>1 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	9. SALARIO QUE RECIBE		a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>	b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>	c	1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>	d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>						
7. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO																																								
a	Menos de 1 año <input type="checkbox"/>																																							
b	De 1 a 5 años <input type="checkbox"/>																																							
c	De 5 a 10 años <input type="checkbox"/>																																							
d	De 10 a 15 años <input type="checkbox"/>																																							
e	Más de 15 años <input checked="" type="checkbox"/>																																							
8. HORAS LABORADAS X DIA																																								
a	De 1 a 3 horas <input type="checkbox"/>																																							
b	De 3 a 6 horas <input type="checkbox"/>																																							
c	De 6 a 9 horas <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 9 horas <input type="checkbox"/>																																							
9. SALARIO QUE RECIBE																																								
a	Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
b	1 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
c	1 a 2 SMMLV <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Más de 2 SMMLV <input type="checkbox"/>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td>Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td>Ninguna <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td>Otra: cual <input type="checkbox"/></td></tr> </table>			10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA		a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>	b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>	c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	d	Ninguna <input type="checkbox"/>	e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																										
10. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SEGURIDAD OCUPACIONAL REALIZADAS POR LA EMPRESA																																								
a	Actividades lúdicas de prevención <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	Exámenes periódicos <input checked="" type="checkbox"/>																																							
c	Capacitaciones de Seguridad Ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>																																							
d	Ninguna <input type="checkbox"/>																																							
e	Otra: cual <input type="checkbox"/>																																							
<p>Marque con una "X" la respuesta que considere correcta en caso de ser Sí. Marque el promedio.</p>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">11. FUMA</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Promedio por día:</td></tr> <tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr> </table>	11. FUMA		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Promedio por día:		<input type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">12. PRACTICA ALGUN DEPORTE</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Cual <u>Fútbol</u></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	12. PRACTICA ALGUN DEPORTE		a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	b	NO <input type="checkbox"/>	Cual <u>Fútbol</u>		Diario <input checked="" type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS</th></tr> <tr><td>a</td><td>Sí <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b</td><td>NO <input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Diario <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Semanal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Quincenal <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">Ocasional <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS		a	Sí <input type="checkbox"/>	b	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		Semanal <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		Ocasional <input type="checkbox"/>	
11. FUMA																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Promedio por día:																																								
<input type="text"/>																																								
12. PRACTICA ALGUN DEPORTE																																								
a	Sí <input checked="" type="checkbox"/>																																							
b	NO <input type="checkbox"/>																																							
Cual <u>Fútbol</u>																																								
Diario <input checked="" type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS																																								
a	Sí <input type="checkbox"/>																																							
b	NO <input checked="" type="checkbox"/>																																							
Diario <input type="checkbox"/>																																								
Semanal <input type="checkbox"/>																																								
Quincenal <input type="checkbox"/>																																								
Ocasional <input type="checkbox"/>																																								
<p>A las siguientes preguntas seleccione con una "X" la respuesta Sí o NO</p>																																								
<p>Cuáles de las siguientes molestias de salud ha tenido en los últimos 3 meses</p>																																								
SINTOMA	SI	NO																																						
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dificultad para realizar algún movimiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Dolor de manos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Ha presentado accidentes de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																						
Otras - Cuales:	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																						



Anexo 4 Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Virgilio Ocampo identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 93400947 expedida en Ibaguè (Tol), en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 04 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Virgilio Ocampo
Nombres y apellidos del entrevistado

93400947 Ibaguè (Tol)
N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.L. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Yamir Ortiz Cabrera identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1112459314 expedida en Jamundí Valle, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 04 del mes de Agosto del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Yamir Ortiz Cabrera
Nombres y apellidos del entrevistado

1112459314 Jamundí Valle
N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

7]. No. 8428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILANCIA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Juan Prozero identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1015635606 expedida en Avará (Quindío), en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniéguas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 4 del mes de Agosto del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

1015635606

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P. J. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Luis Eduardo García identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 4935651 expedida en 5/Agosto (11), en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 04 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

4935651

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.L. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Diego Armando Realpe. identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1.004517086 expedida en La Hoz (pto), en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografias sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 5 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Diego Armando Realpe

Nombres y apellidos del entrevistado

1.004517086

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.O. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Hernando Harbey Castro identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 76329071 expedida en Popayan, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Hernando Harbey Castro
Nombres y apellidos del entrevistado

76329071
N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P. No. 0428 del 28 de Enero 1987 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Jairo Gomez Manoguin identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 18182.031 expedida en Son Miguel Pto, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Jairo Gomez M.
Nombres y apellidos del entrevistado

18182.031 Son Miguel Pto
N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P. J. N.º 0428 del 20 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Luis Alvaro Erazo identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 13.073.775 expedida en Córdoba - Narino, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 07 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Luis Alvaro Erazo Guarciso

Nombres y apellidos del entrevistado

13.073.775 Córdoba

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

R.J. No. 0438 del 28 de Enero 1982 - MEN | VOLADA INMEDIACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Luis Hernesto Hernandez Cruz identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 18154263 expedida en Valle del Guamuez, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 5 del mes de AGOSTO del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Luis Cruz

Nombres y apellidos del entrevistado

18154263

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.J. No. 04386728 de fecha 1982 - MEN | VIGILADA MIMEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Roberto Alberto Arevalo Rosas identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 87573582 expedida en San Antonio, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 03 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Roberto Alberto Arevalo Rosas
Nombres y apellidos del entrevistado

87573582
N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P. J. No. 8428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Jairo Romero Rosero identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 13.073.842 expedida en Córdoba - Nariño, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

13 073 842 Córdoba N.

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.3 No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Leonardo Muñoz Gómez identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 10'692.234 expedida en Pstib Cauca, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 14 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Leonardo Muñoz Gómez
Nombres y apellidos del entrevistado

10'692.234
N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P. J. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Lucinda Cortés Ortiz identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 75.003.986 expedida en Marquetalia, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 04 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Lucinda Cortés Ortiz
Nombres y apellidos del entrevistado

75.003.986
N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.L. No. 0420 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILACIÓN EDUCACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Miguel Roberto Pinzon Novoa identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 7215779 expedida en Soacha - Cundinamarca en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 01 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

79215779

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.J. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - AEN | VICELAJA WREEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Alvaro Javier Melo Santacruz identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1126450063 expedida en Valle del Guamuez en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

1126450063

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.L. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Jose Luis Romo identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 18.152.491 expedida en Valle del Guaviare, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

F.J. No. 0428 del 28 de Enero 1981 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Ana Delys Dorado identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 91.117.017 expedida en Valle del General, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Ana Delys Dorado

Nombres y apellidos del entrevistado

91117017

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

F. J. No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MNEUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Hector Soto Ramirez identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 71.991.506 expedida en Caeranta - Antioquia en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 05 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

71 991 506

N° de Cedula y expedición



IBEROAMERICANA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

P.J. No. 8428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sebastián Onesimo Lucero identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 5309893 expedida en Puerto - Nariño, en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculto y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 08 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

N° de Cedula y expedición



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Sergio Ruales identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 18.154.161 expedida en Valle del Guamo en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas de manera consiente y sin ninguna clase presión, faculta y autorizo, a los estudiantes: Franklin Donovan Cabrera Montero con CC. 1.126.452.719 y Andrea Carolina Hidalgo Arciniegas con CC. 1.124.862.252, de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, para que realicen una encuesta donde se define el perfil sociodemográfico de la población encuestada y tomen las fotografías pertinentes de acuerdo con los conocimientos del personal que designa la facultad de Administración.

Se me informa y acepto, que los datos de la encuesta y fotografías sean parte del proceso de Investigación postural para el postgrado de Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Corporación Universitaria IBEROAMERICANA, siempre y cuando no se vea afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan en este convenio, dado el día 08 del mes de 08 del año 2020.

Para constancia se firma la conformidad.

Nombres y apellidos del entrevistado

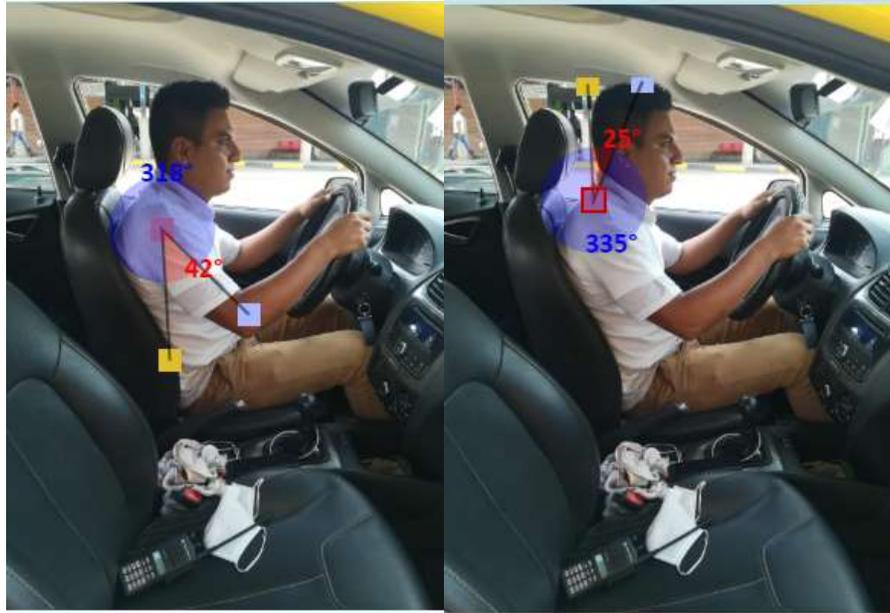
18.154.161

N° de Cedula y expedición

Anexo 5 fotografías



ANALISIS BIOMECANICO A CONDUCTORES EMPRESA TRANSGUAMUEZ S.A.



ANALISIS BIOMECANICO A CONDUCTORES EMPRESA TRANSGUAMUEZ S.A.

