Anexo 1. ENCUESTA DE COMPORTAMIENTO LABORAL

La presente encuesta tiene como objetivo principal obtener información sobre nuestro comportamiento. Los resultados permitirán tomar decisiones y/o acciones en beneficio de todo el personal. A continuación, encontrará un conjunto de preguntas, las cuales agradecemos sean respondidas con la mayor sinceridad y honestidad posible, marcando la opción que corresponda. No existen respuestas correctas o incorrectas. Esta encuesta es anónima.

1. DATOS BÁSICOS

1.1. CODIGO	
1.2. EDAD	
1.3. SEXO	☐ Femenino ☐ Masculino
1.4. CARGO	☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Gestor Operativo ☐ Ingeniero ☐ Instalador ☐ Otro ¿Cuál? _____
1.5. REGIONAL	☐ Andina ☐ Costa ☐ Antioquía ☐ Occidente ☐ Oriente
1.6. DESCRIBA SU LABOR	_____ _____ _____
1.7. FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	
1.8. TIEMPO EN LA LABOR	
1.9. TIEMPO EN EL CARGO	

2. ASPECTOS PROPIOS DE LA LABOR

2.1. HORAS LABORADAS POR DIA	
2.2. TURNO	☐ 7X24 ☐ 8 Horas ☐ Oficina ☐ Otro ¿Cuál? _____
2.3. ¿REALIZA TRABAJO EN ALTURAS?	☐ SI ☐ NO
2.4. ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?	

3. CONOCIMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD

3.1. ¿LA EMPRESA LE REALIZÓ EL EXAMEN MÉDICO DE INGRESO?	☐ SI	☐ NO
3.2.¿CONSIDERA QUE SU ESTADO DE SALUD ES EL ADECUADO PARA LA LABOR A REALIZAR?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
3.3. ¿SE REALIZA VALORACIONES Y/O CONTROLES POR SU PROPIA CUENTA PARA GARANTIZAR UN ESTADO DE SALUD OPTIMO?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
3.4. ¿LE INFORMÓ AL MÉDICO SUS PROBLEMAS DE SALUD?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
3.5. ¿CONOCE USTED LAS RECOMENDACIONES DE SU ULTIMO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL?	☐ SI	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
3.6. ¿EJECUTA LAS RECOMENDACIONES GENERADAS EN SUS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
3.7. ¿ASISTE A LOS CONTROLES MEDICOS PERIÓDICOS PROGRAMADOS POR LA EMPRESA?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
3.8. ¿INFORMA A SU JEFE SOBRE LAS RECOMENDACIONES DADAS EN LOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
3.9. ¿HA SUFRIDO ACCIDENTES LABORALES?	☐ SI	☐ NO

3.10. ¿HA REPORTADO LOS ACCIDENTES DE TRABAJO?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
3.11. ¿HA PRESENTADO ENFERMEDADES LABORALES?	☐ SI ¿Cuáles? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
3.12. ¿HA PRESENTADO PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ULTIMOS 6 MESES? DESCRIBA LOS SINTOMAS PRESENTADOS	☐ SI ¿Cuáles? ___ _____ _____ _____	☐ NO
3.13. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS PROBLEMAS DE SALUD PRESENTADOS ESTAN RELACIONADAS CON SU LABOR?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
3.14. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS PROBLEMAS DE SALUD PRESENTADOS INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DE SU LABOR?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
3.15. ¿CONOCE LOS PELIGROS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO EN SU TRABAJO?	☐ SI	☐ NO
3.16. ¿CONSIDERA USTED QUE CUENTA CON TIEMPO SUFICIENTE PARA REALIZAR SU TRABAJO?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
3.17. ¿CUÁLES PROBLEMAS DE SALUD REPORTA USTED A LA EMPRESA?	☐ Incapacidad ☐ No reporta nada	☐ Enfermedad ☐ Otro ¿Cuál?_____
3.18. ¿SE SIENTE SEGURO EN EL DESARROLLO DE SU LABOR?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____

3.19. ¿CONSIDERA USTED QUE LA EMPRESA SE PREOCUPA POR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____ ☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
3.20. ¿SE SIENTE A GUSTO CON SU TRABAJO?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____ ☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____

4. ASPECTOS EXTRALABORALES

4.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS TIENE A CARGO ECONÓMICAMENTE?	
4.2. ¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD ADICIONAL COMO OTRO TRABAJO O ACTIVIDAD ACADÉMICA FUERA DEL HORARIO LABORAL?	☐ SI ¿Cuál?_____ ☐ NO ___ _____ ___ _____ ___ _____
4.3. ¿CUÁNTO TIEMPO DEDICA A LA ACTIVIDAD MENCIONADA ANTERIORMENTE?	
4.4. ¿REALIZA USTED ALGUNA(S) ACTIVIDAD(ES) DEPORTIVAS O CULTURALES? ¿CUÁLES? ¿CON QUE FRECUENCIA?	☐ SI ¿Cuál? _____ _____ Frecuencia_____ _____ ☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
4.5. ¿USTED CONSUME ALCOHOL? ¿CON QUE FRECUENCIA?	☐ SI Frecuencia_____ _____ _____ ☐ NO
4.6. ¿USTED CONSUME TABACO? ¿CON QUE FRECUENCIA?	☐ SI Frecuencia_____ _____ _____ ☐ NO
4.7. ¿USTED CONSUME CAFEINA? ¿CON QUE FRECUENCIA?	☐ SI Frecuencia_____ _____ ☐ NO

4.8. ¿USTED CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS? ¿CON QUE FRECUENCIA?	☐ SI Frecuencia_____ _____ _____	☐ NO
4.9. ¿CUÁNTO TIEMPO EN PROMEDIO GASTA EN DESPLAZAMIENTO DE SU CASA AL SITIO TRABAJO Y VICEVERSA?		
4.10. ¿SU SALARIO LE ALCANZA PARA SUS NECESIDADES?	☐ SI	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
4.11. ¿ACTUALMENTE TIENE PRÉSTAMOS O DEUDAS BANCARIAS?	☐ SI	☐ NO
4.12. ¿TIENE PROBLEMAS PERSONALES?	☐ SI	☐ NO
4.13. ¿SU ESTADO DE ANIMO ES?	☐ Bajo	☐ Regular ☐ Bueno

5. PRÁCTICAS

5.1. ¿USA SUS EPP Y ETAS PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
5.2. ¿DILIGENCIA PERMISOS DE TRABAJO Y/O LISTAS DE CHEQUEO PARA TRABAJO EN ALTURAS ANTES DE REALIZAR SUS LABORES?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
5.3. ¿UTILIZA LA TÉCNICA DE LOS TRES PUNTOS DE APOYO AL MOMENTO DE ASCENDER Y/O DESCENDER DE ESTRUCTURAS?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____

5.4. ¿LA EMPRESA TIENE PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS?	☐ SI	☐ NO
5.5. ¿CONOCE Y/O APLICA DICHOS PROCEDIMIENTOS?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
5.6. ¿VERIFICA EL ESTADO DE SUS EPPCC ANTES DE INICIAR LABORES?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
5.7. ¿VERIFICA EL ESTADO DE LAS ESTRUCTURAS ANTES DE REALIZAR ASCENSOS O DESCENSOS?	☐ SI ¿Por qué? ___ _____ _____ _____	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____ _____
5.8. ¿LA EMPRESA REALIZA CAPACITACIONES RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN ALTURAS?	☐ SI	☐ NO
5.9. ¿PARTICIPA EN LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA EMPRESA?	☐ SI	☐ NO ¿Por qué?_____ _____ _____
5.10. ¿CONOCE LOS EFECTOS QUE PUEDEN OCASIONAR UN ACCIDENTE DE TRABAJO EN ALTURAS?	☐ SI. Mencione alguno _____ _____	☐ NO
5.11. ¿CONOCE LOS EFECTOS DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO EN ALTURAS A NIVEL FAMILIAR?	☐ SI. Mencione alguno _____ _____	☐ NO