

Encuesta de Morbilidad Sentida (SINDME)

Autorización de tratamiento de datos personales

Autorizo al Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) a recolectar, almacenar, usar y administrar mis datos personales, de acuerdo con La Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

1. AUTORIZO * 

☒ SI

☐ NO

2. Nombre Completo * 

adriano miguel benitez lambrño

3. Numero de Documento * 

92192125

4. Correo Electrónico (Institucional) * 

abenitezl@sena.edu.co

5. Tipo de vinculación *

- ☐ Funcionario
- ☒ Contratista
- ☐ Trabajador Oficial

6. Regional *

Arauca



7. Dependencia *

- ☒ Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca
- ☐ Despacho Regional

8. Edad *

- ☐ Menor de 20 años
- ☐ 21 a 25 años
- ☐ 26 a 31 años
- ☐ 32 a 37 años
- ☒ 38 a 44 años
- ☐ 45 a 50 años
- ☐ 51 a 56 años

☐ 57 a 62 años

☐ Mayor de 62 años

9. Peso (Kg) * 

107

10. Estatura (Cm) * 

176

11. Sexo * 

☐ Femenino

☒ Masculino

12. Lateralidad * 

☒ Diestro

☐ Zurdo

☐ Ambidiestro

13. Antigüedad en el cargo * 

☐ Menos de 1 año

- ☐ 1 a 5 años
- ☐ 6 a 11 años
- ☒ 12 a 16 años
- ☐ 17 a 20 años
- ☐ Mas de 21 años

14. Antigüedad en la entidad *

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ 1 a 5 años
- ☐ 6 a 11 años
- ☒ 12 a 16 años
- ☐ 17 a 20 años
- ☐ Mas de 21 años

15. Realiza pausas activas durante la jornada de trabajo *

- ☐ No realiza
- ☐ Las asignadas por la empresa
- ☒ 1 vez en 4 horas
- ☐ 2 veces en 4 horas

☐ 3 veces en 4 horas

16. Su postura es: * 

- ☒ Cómoda (no genera molestia cuando esta desarrollando sus labores)
- ☐ Un poco incomoda (le genera molestias cuando esta desarrollando sus labores, pero no le impide el desarrollo de estas)
- ☐ Muy incomoda (le genera molestias, haciendo que usted cambie su postura constantemente e interrumpa el desarrollo de sus labores)

17. Siente dolor en alguna parte de su cuerpo * 

- ☐ Si
- ☒ No

18. ¿Ha consultado a su medico o EPS por motivos osteomusculares (huesos y músculos)? * 

- ☐ Si
- ☒ No

19. Considera usted que presenta algún tipo de discapacidad * 

- ☐ Si
- ☒ No



Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

[Privacidad y cookies](#) | [Términos de uso](#)