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 *

OFELIA LIZARAZO ASTROZA

3. Numero de Documento *

68247539

4. Correo Electrónico (Institucional) *

OLIZARAZOA@SENA.EDU.CO

5. Tipo de vinculación *

- ( ) Funcionario

- [x] Contratista
- [ ] Trabajador Oficial

6. Regional *

Arauca

7. Dependencia *

- [x] 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
- [x] 45 a 50 años
- [ ] 51 a 56 años
- [ ] 57 a 62 años
- [ ] Mayor de 62 años

9. Peso (Kg) *

64

10. Estatura (Cm) *

UN METRO 68 CM

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
- [x] 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
- [x] 1 vez en 4 horas
- [ ] 2 veces en 4 horas
- [ ] 3 veces en 4 horas

16. Su postura es: *

- [x] 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 constante-mente 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

Microsoft 365

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