



EVIDENCIAS NOVIEMBRE 2025

EVIDENCIA 19 EVALUACION SIGA

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 * 

CAMILA ANDREA AGUDELO AMARIS

3. Numero de Documento * 

1065819477

4. Correo Electrónico (Institucional) * 

caagudelo@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) * 

58

10. Estatura (Cm) * 

1.60

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. En que segmento corporal presenta el dolor *



- ☐ Miembro superior

☐ Miembro inferior

☒ Espalda y cuello

19. Indique la zona donde se presenta el dolor * 

	Izquierda	Derecha	Bilateral	No aplica
Hombro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antebrazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Muñeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

20. Indique la zona donde se presenta el dolor * 

	Izquierda	Derecha	Bilateral	No aplica
Cadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rodilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muslo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Cuello de pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Pie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>


21. Indique la zona donde se presenta el dolor * 

- ☐ Espalda alta (columna cervical)
- ☐ Espalda media (columna dorsal)
- ☒ Espalda baja (columna lumbar)

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

☐ Si

☒ No

23. 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](#)