

# 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 \*

Anderson Daza Gonzalez

### 3. Numero de Documento \*

1090465592

### 4. Correo Electrónico (Institucional) \*

adazag@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) \*

83

10. Estatura (Cm) \*

171

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](#)