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 *

FRAN NICOLAS FUENTES RODRIGUEZ

3. Numero de Documento *

17594391

4. Correo Electrónico (Institucional) *

fnfuentes@hotmail.com

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) *

73

10. Estatura (Cm) *

170

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 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