AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES La Universidad del Tolima, como Institución de Educación Superior, entidad sin ánimo de lucro,(en adelante LA UNIVERSIDAD), en cumplimiento de lo previsto en el Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley 1581 de 2012, y actuando en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos, solicita su autorización para que, de manera previa, expresa, libre, y debidamente informada, permita dar tratamiento a los datos personales de identificación ,contacto, condiciones de salud y trabajo, gustos o tendencias, que suministra a través del presente formulario. Las finalidades por las cuales la Universidad recolecta los datos aquí solicitados son de manejo estrictamente institucional y ayudara a la proyección de políticas, planes y programas de seguridad y salud en el trabajo encaminados a mejorar las condiciones de salud y trabajo, el interés de la vicerrectoría de desarrollo humano y la sección de seguridad y salud en el trabajo son de carácter individual y colectivo. Para ejercer sus derechos a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales o revocar la autorización otorgada para el tratamiento de los mismos, podrá presentar una consulta o reclamo al correo electrónico seccionsst@ut.edu.co; Lo invitamos a que consulte nuestra Política de Tratamiento de la Información Personal en www.ut.edu.co

Esta encuesta se desarrolla dando cumplimiento a lo estipulado el Decreto 1072 de 2015 y sus artículos: 2.2.4.6.20. A su vez el numeral 7 del artículo 2.2.4.6.16 del Decreto 1072 de 2015, “La descripción sociodemográfica de los trabajadores y la caracterización de sus condiciones de salud, así como la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la enfermedad y la accidentalidad;”. La descripción sociodemográfica es información de la población trabajadora que se debe mantener disponible y actualizada de acuerdo con el artículo 2.2.4.6.12 del Decreto 1072 de 2015 en su numeral 4 que dice: “Artículo 2.2.4.6.12. Documentación. El empleador debe mantener disponibles y debidamente actualizados entre otros, los siguientes documentos en relación con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST:

Nota: este instrumento cierra el día \_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022.

|  |
| --- |
| NOMBRE: ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CELULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SEDE:   1. Central 2. Centro 3. Miramar 4. La reforma 5. CURDN 6. CAT chaparral 7. CAT   MUNICIPIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    CARGO ACTUAL:  TIPOS DE VICULACION MARQUE CON UNA X:  Libre Nombramiento\_\_\_\_\_  Carrera Administrativa \_\_\_\_\_  Provisionalidad\_\_\_\_  Oficial\_\_\_  Supernumerarios\_\_\_\_  Contratista\_\_\_\_  Docente Planta (medio tiempo – tiempo completo)  Catedrático: \_\_\_  Cuánto tiempo lleva en años en la Organización en años: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Marque con una X la respuesta que usted considere correcta y que esté relacionada con su condición y situación:  **BLOQUE UNO: CARACTERISTICAS BASICAS**  1. Edad 2. Estado civil  a. 18 – 27 años a. Soltero (a)  b. 28 – 37 años b. Casado (a) /Unión libre  c. 38 \_ 50 años c. Separado (a) /Divorciado  d. 51 - 60 años o más d. Viudo (a)  e. Mayores de 61  3. Sexo 4. Número de personas a cargo  a. Hombre a. Ninguna  b. Mujer b. 1 – 3 personas  c. 4 – 6 personas  d. Más de 6 personas  5. Nivel de escolaridad 6. Tenencia de vivienda  a. Primaria a. Propia  b. Secundaria b. Arrendada  c. Técnico / Tecnólogo c. Familiar  d. Universitario Profesional d. Compartida con otra(s) familia(s)  e. Especialista  f. Magister  g. Doctorado - Pos  7. Su medio de transporte para llegar a su lugar de trabajo es:  a. A pie  b. Transporte Publico (Buseta - Taxi - Uber)  c. Motocicleta  d. Bicicleta  e. Automóvil - Vehículo propio  f. Transporte compartido (Con un compañero de trabajo)  8. Uso del tiempo libre 9. Promedio de ingresos (S.M.L.V.)  a. Otro trabajo  b. Labores domésticas b. Entre 1 a 3 S.M.L.  c. Recreación y deporte c. Entre 4 a 6 S.M.L.  d. Estudio d. Más de 7 S.M.L.  e. Manualidades  f. Ninguno  10. Antigüedad en el lugar de t. 11. Antigüedad en el cargo actual  a. Menos de 1 años a. Menos de 1 año  b. De 1 a 5 años b. De 1 a 5 años  c. De 6 a 10 años c. De 5 a 10 años  d. De 11 a 15 años d. De 10 a 15 años  e. De 16 a 21 años e. Más de 15 años  d. más de 22 años    **BLOQUE 2:** Hábitos de vida saludable  12. Fuma  a. Si  b. No  ¿Si su respuesta anterior fue AFIRMATIVA, en promedio cuántos cigarrillos fuma en la semana? Si es Negativa coloque NA  10 cigarrillos a la semana  30 cigarrillos a la semana  Más de 30 cigarrillos a la semana  NA  13. Consume bebidas alcohólicas 14. Practica algún deporte  Frecuencia  a. Si \_\_\_ Semanal a. Si  b. No \_\_\_ Quincenal b. No  \_\_\_ Mensual Cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ Ocasional Frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  15. En promedio cuantas horas duerme al día:  a. de 4 a 6  b. de 6 a 8  c. de 8 a 10  d. No duermo bien, me desvelo mucho  16. Consume AGUA durante su actividad normal  a. de 1 a 2 LT diario  b. de 3 a 4 LT diario  c. de 5 a 6 LT diario  d. No consume agua en el día  17. Conoce Ud. su peso y su talla: SI \_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_  18. Su peso corporal es: \_\_\_\_\_\_\_ 19. Su Altura es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  20. Considera que su peso es el indicado? SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_  21. Cuida su dentadura: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_  22. Hace cuanto no asiste al odontólogo en Meses:  a. un mes  b. 6 meses  c. 12 meses  c. Nunca he asistido  23. Tiene prótesis dental  Si\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_  24. En qué casos acude al médico:  a. Solo cuando se siente enfermo o presenta alguna molestia  b. Por seguimiento algún tratamiento  c. Por prevención, chequeos de rutina  d. Todas las anteriores  e. No asiste al médico por ninguna de las anteriores  25. Su alimentación es equilibrada a base de verduras, frutas, proteínas y bajas en sal o dulce:  SI \_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_  26. Se alimenta o come de manera frecuente grasas, fritos y alimentos de empaques como (Papas, galletas etc.)  SI\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_  27. Le gusta la Gaseosa y jugos en botella: SI \_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_  28. Consume con frecuencia Gaseosas o Jugos en empaque: SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_  29. Si le dieran a escoger entre una fruta o pan cuál de las seleccionaría:  PAN\_\_\_\_\_ FRUTA\_\_\_\_\_\_  30. Consume Ud. más de 4 veces por semana: ¿carne, pollo o pescado?  SI \_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ |
| 31. Usa gafas por orden médica  SI\_\_\_\_  NO\_\_\_  Diagnostico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  32. Le han diagnosticado alguna enfermedad general?  SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_ Cual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  33. Le han diagnosticado y calificado alguna enfermedad de origen laboral?  SI\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

34. A presentado algún accidente de Trabajo

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_ Que tipo de Accidente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

36. Para el desarrollo de su tarea requiere algún examen médico ocupacional?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_ Cual o Cuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

37. Le han practica algún examen ocupacional de ingreso

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BLOQUE TRES: MORBILIDAD SENTIDA**

**38. CUALES DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS HA SENTIDO CON FRECUENCIA EN LOS**

**ULTIMOS SEIS (6) MESES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SINTOMA** | **SI** | **NO** | **OBSERVACION** |
| Disminución de la fuerza |  |  |  |
| Adormecimiento u hormigueo |  |  |  |
| Dolor de cabeza |  |  |  |
| Dolor de cuello |  |  |  |
| Dolor de cintura |  |  |  |
| Dolor espalda |  |  |  |
| Dolores musculares |  |  |  |
| Dolor en las manos |  |  |  |
| Dolor en los brazos |  |  |  |
| Dolor en las piernas |  |  |  |
| Dolor de muela, dientes |  |  |  |
| Dificultad para algún movimiento |  |  |  |
| Tos frecuente |  |  |  |
| Dificultad respiratoria |  |  |  |
| Gastritis |  |  |  |
| Ulcera |  |  |  |
| Otras alteraciones del funcionamiento digestivo |  |  |  |
| Intoxicaciones |  |  |  |
| Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia) |  |  |  |
| Dificultad para concentrarse |  |  |  |
| Mal genio |  |  |  |
| Nerviosismo |  |  |  |
| Cansancio mental |  |  |  |
| Palpitaciones |  |  |  |
| Dolor en el pecho (angina) |  |  |  |
| Cambios visuales |  |  |  |
| Cansancio, fatiga, ardor o disconfor visual |  |  |  |
| Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos |  |  |  |
| Dificultad para oír |  |  |  |
| Sensación permanente de cansancio |  |  |  |
| Presenta Ud. problemas de la piel |  |  |  |
| En las manos relacionado con la piel |  |  |  |
| En las Uñas |  |  |  |
| Ha notado que sus compañeros presenten lo mismo |  |  |  |

**38. BLOQUE CUATRO: CONOCIMIENTO DE LA TAREA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONDICION** | **SI** | **NO** | **CUALES?** |
| ¿Conoce bien los riesgos a los que está expuesto en su puesto de trabajo? |  |  |  |
| ¿Ha recibido capacitación sobre el control de los riesgos a los que está expuesto? |  |  |  |
| ¿Su actividad amerita el uso de elementos de protección personal? |  |  |  |
| ¿El ruido ambiental le permite mantener una conversación con los compañeros sin elevar el tono de voz? |  |  |  |
| ¿Su trabajo lo realiza al aire libre o a la intemperie? |  |  |  |
| ¿En el sitio de trabajo manipula o está en contacto con productos químicos? |  |  |  |
| ¿En su sitio de trabajo hay presencia de polvo o material particulado en el ambiente? |  |  |  |
| ¿Existe en su sitio de trabajo riesgos de incendio o explosión? |  |  |  |
| ¿Su labor genera riesgos mecánicos (¿proyección de partículas, atrapamiento, manejo de elementos contaminantes, punzantes, calientes abrasivas? |  |  |  |
| ¿Permanece en una misma posición (sentado o de pie) durante más del 75% de la jornada de trabajo? |  |  |  |
| ¿Las tareas que desarrolla le exigen realizar movimientos repetitivos? |  |  |  |
| ¿Sus tareas requieren hacer el levantamiento manual de cargas? |  |  |  |
| ¿Las cargas que levanta supera su peso corporal? |  |  |  |
| ¿Para el levantamiento de las cargas, cuando superan el peso permitido se apoya de ayudas mecánicas? |  |  |  |
| ¿Cuenta con ayudas mecánicas para realizar dicha labor? |  |  |  |
| ¿Su escritorio es cómodo? |  |  |  |
| ¿La silla es cómoda y permite ajustarlo a su medida? |  |  |  |
| Su puesto de trabajo se adapta a sus condiciones físicas? |  |  |  |
| ¿Al finalizar la jornada laboral termina cansado? |  |  |  |
| ¿El cansancio que se siente podría calificarse de “normal”? |  |  |  |
| Realiza pausas activas durante su jornada laboral? |  |  |  |
| ¿Considera adecuada la distribución del horario de trabajo, de los turnos, de las horas de descanso, horas extras y pausas? |  |  |  |
| ¿Las tareas que realiza le producen “sensación de peligrosidad”? |  |  |  |
| ¿El trabajo que desempeña le permite aplicar sus habilidades y conocimientos? |  |  |  |

**39. BLOQUE CINCO: NIVEL OPERATIVO – ASISTENCIAL EN SU PUESTO DE TRABAJO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONDICION** | **SI** | **NO** | **CUALES?** |
| La iluminación es suficiente para hacer su tarea |  |  |  |
| Existe ventilación adecuada |  |  |  |
| Realiza trabajos de alto riesgo |  |  |  |
| Trabajo en alturas que superen los 1.50 metros |  |  |  |
| Trabajo en caliente |  |  |  |
| Trabajo con redes eléctricas |  |  |  |
| Trabaja Ud. en áreas que puedan estar contaminadas con bacterias u otros microorganismos |  |  |  |
| Está expuesto a mordeduras y picaduras de animales. |  |  |  |
| **Riesgo Psicosociales** | | | |
| Se siente contento con su trabajo |  |  |  |
| Tiene dificultad en la comunicación con sus compañeros y jefes |  |  |  |
| Su carga laboral es alta |  |  |  |
| Los tiempos asignas para el desarrollo de sus actividades son acordes a sus responsabilidades |  |  |  |
| Se estresa al desarrollar las tareas asignadas |  |  |  |
| Ha tenido problemas de salud a causa de su trabajo |  |  |  |
| Tiene problemas con sus familiares a causa de su trabajo |  |  |  |
| ¿Trabaja bajo presión? |  |  |  |
| Le gusta trabajar bajo presión |  |  |  |
| Cuenta con espacios de descanso |  |  |  |
| En su trabajo se desarrolla algún tipo de pausa activa? |  |  |  |