



## ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Esta encuesta tiene como objetivo conocer su participación en las actividades programas de salud ocupacional organizadas por la compañía

- 1) ¿Es de su conocimiento el programa de salud ocupacional y seguridad en el trabajo de la compañía?  
 SI  NO
- 2) ¿Sabe quién dirigirse en caso de accidente laboral?  
 SI  NO
- 3) ¿Por cuál de las siguientes causas ha sido incapacitado(a)?  
 Accidente de trabajo  Enfermedad hospitalaria  
 Enfermedad general  Enfermedad ambulatoria  
 Nunca ha sido incapacitado@
- 4) ¿Cuál ha sido su participación durante las jornadas de salud y seguridad en el trabajo organizadas por la compañía?  
 Nunca ha participado  A participado activamente  
 A participado como espectador  Nunca han efectuado una jornada
- 5) ¿Conoce la ARL (administradora de riesgos laborales) a la cual se encuentra afiliado?  
 SI  NO
- 6) ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en su puesto de trabajo durante la jornada laboral?  
 Botas  
 Tapa oídos  
 chaleco antibalas  
 Arma  
 Ninguna de las anteriores