

ANEXO 2

Tabulación de encuesta “FORMATO DE ENCUESTA PERCEPCIÓN DEL TRABAJADOR SOBRE LOS PELIGROS EN SU PUESTO DE TRABAJO”

Pregunt a 1	Nivel al que corresponde			
	Sustantivo	5		
	Gobernante	1		
	Directivo Sustantivo	1		
	Apoyo	2		
Pregunt a 1.2	¿Su trabajo es por turnos?			
	SI	0		
	NO	9		
Pregunt a 1.3	¿Qué turno labora?			
	Día	0		
	Noche	0		
	No Aplica	9		
Pregunt a 2	Actividades Rutinarias		Peligrosas	
	SI	Nº	SI	NO
	18	6	8	6
Pregunt a 3	De las actividades descritas como peligrosas, determine las que considera como tal			
	Relacionadas a oficina	1		
	Relacionadas a transporte	5		
	Relacionadas a peligros en campo	1		
	Otros	3		
Pregunt a 4	¿Cuáles son los posibles daños, a causa de las actividades que usted describió?			
	Relacionadas a oficina	4		
	Relacionadas a transporte	4		
	Relacionadas a peligros en campo	1		
Pregunt a 5	¿Conoce algún control que aplique en la prevención de estos peligros?			
	SI	5		
	NO	4		
Pregunt a 6	¿Cree que los controles han sido suficientes y efectivos para la prevención de estos peligros?			
	SI	4		
	NO	9		
Pregunt a 7	¿Considera usted que hace falta mejora para la prevención de estos peligros?			
	SI	9		
	NO	0		
Pregunt a 8	¿Qué hace usted respecto a mejorar estos peligros?			
	Pausas activas	1		
	Conducción responsable	2		
	Equipos de protección	2		
	Otros	4		

Pregunt a 9	¿Considera usted que su puesto de trabajo reúne las condiciones de seguridad e higiene para el desempeño de sus funciones?	
	SI	5
	NO	4
Pregunt a 10	¿Según su percepción, que le haría falta a su puesto de trabajo para el desempeño de sus funciones?	
	Capacitación	1
	Acciones institucionales	9
	Otros	1