|  |
| --- |
| **Datos generales**  |
| **Nombre pyme:**  |
| **Nit**:  |
| **Dirección**:  |
| **Teléfono**:  |
| **Gerente y/o contacto:**  |

|  |
| --- |
| **Objetivo**: Establecer el diagnóstico de necesidades que permita el diseño de una propuesta de un plan y programa de bienestar social laboral, teniendo en cuenta el procedimiento, la documentación y alternativas de inversión de la organización. |
| **Instrucciones:** Apreciado colaborador/administrativo, el presente instrumento está estructurado a través de un cuestionario de opción múltiple con cuatro opciones de respuesta; para lo cual le sugerimos seguir las siguientes instrucciones:* Leer atentamente cada una de las preguntas, responder a todas y cada una de las preguntas evitando enmendaduras y tachones. Diligenciar a esfero negro, si tiene alguna inquietud por favor acudir a los aprendices que acompañan el procedimiento en caso de alguna duda.
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Preguntas salud ocupacional** | **Si** | **No** | **Observaciones** |
| 1 | ¿Se realizan pausas activas en su puesto de trabajo? |  |  |  |
| 2 | ¿Su sitio de trabajo cuenta con botiquín de Primeros Auxilios con los elementos necesarios? |  |  |  |
| 3 | ¿Los horarios establecidos por la organización se ajustan a sus necesidades y disponibilidad? |  |  |  |
| 4 | ¿La empresa implementa un programa de salud laboral? |  |  |  |
| 5 | ¿Con que prioridad su organización hace entrega de los elementos de protección personal? |  |  |  |
| 6 | ¿Cuenta con un sistema de salud, en caso de enfermedad o accidente? |  |  |  |
| 7 | ¿Dentro de su jornada laboral dispone de tiempos de descanso para la toma de un refrigerio o alimento? |  |  |  |
| 8 | ¿La organización le brinda los elementos necesarios para la ejecución de las actividades en su puesto de trabajo? |  |  |  |
| 10 | ¿Participa cuando la empresa programa actividades de integración? |  |  |  |
| 11 | ¿Se brindan espacios de integración en compañía de su familia programados por la organización? |  |  |  |
| 12 | ¿Ante situaciones de calamidad recibe apoyo de la organización? |  |  |  |
| 13 | ¿Ante dificultades de orden económico; recibe apoyo de la organización?  |  |  |  |
| 14 | ¿La empresa organiza y le permite su participación en jornadas de capacitación? |  |  |  |
| 15 | ¿La empresa organiza y le permite su participación en eventos deportivos? |  |  |  |
| 16 | ¿Considera que la Organización lo toma en cuenta ante situaciones importantes de toma de decisiones? |  |  |  |
| 17 | ¿La empresa tiene establecido canales formales de comunicación para sus trabajadores? En las observaciones registre los que conoce.  |  |  |  |
| 18 | ¿Considera que usted tiene una adecuada y sana comunicación con su jefe inmediato? |  |  |  |
| 19 | ¿Considera que usted tiene una adecuada y sana comunicación con sus compañeros de trabajo? |  |  |  |
| 20 | ¿Son claras las funciones, actividades y tareas que debe desarrollar? |  |  |  |
| 21 | ¿Se siente a gusto trabajando para la empresa? |  |  |  |
| 22 | ¿Se siente identificado y comprometido con la organización? |  |  |  |

IMPORTANTE:

Este formato cuenta con el suministro preguntas relacionadas con identificar las necesidades del procedimiento de Bienestar social laboral dentro de la empresa TRABAJANDO JUNTOS S.A.S cada gestor de mantenimiento y desarrollo podrá elegir la cantidad de preguntar y que preguntas requiere para realizar la aplicación del diagnóstico según lo considere.