



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE INGENIERÍA EN SISTEMAS, ELECTRÓNICA  
E INDUSTRIAL**

**CARRERA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL EN PROCESOS DE  
AUTOMATIZACIÓN**

**TEMA:**

---

**“ANÁLISIS POSTURAL EN OFICINAS DEL G.A.D. MUNICIPAL DEL  
CANTÓN PUJILÍ”**

---

Trabajo de graduación. Modalidad: Proyecto de Investigación, presentado previo a la obtención del título de Ingeniero Industrial en Procesos de Automatización.

**SUBLÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Sistemas de administración de la salud, seguridad ocupacional y medio ambiente.

**AUTOR:** Lenin Guillermo Caicedo Rivera

**TUTOR:** Ing. Luis Alberto Morales Perrazo Mg.

**AMBATO - ECUADOR**

**Noviembre - 2018**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema: "ANÁLISIS POSTURAL EN OFICINAS DEL G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ", del señor Lenin Guillermo Caicedo Rivera, estudiante de la Carrera de Ingeniería Industrial en Procesos de Automatización, de la Facultad de Ingeniería en Sistemas, Electrónica e Industrial, de la Universidad Técnica de Ambato, considero que el informe investigativo reúne los requisitos suficientes para que continúe con los trámites y consiguiente aprobación de conformidad con el numeral 7.2 de los Lineamientos Generales para la aplicación de Instructivos de las Modalidades de Titulación de las Facultades de la Universidad Técnica de Ambato

Ambato, noviembre 2018

EL TUTOR



Ing. Luis Alberto Morales Perrazo Mg.

## AUTORÍA

El presente Proyecto de Investigación titulado: “ANÁLISIS POSTURAL EN OFICINAS DEL G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ”, es absolutamente original, auténtico y personal, en tal virtud, el contenido, efectos legales y académicos que se desprenden del mismo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Ambato, noviembre 2018

AUTOR



---

Lenin Guillermo Caicedo Rivera  
C.C.: 0503889644

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga uso de este Trabajo de Titulación como un documento disponible para la lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además autorizo su reproducción dentro de las regulaciones de la Universidad.

Ambato, noviembre 2018



---

Lenin Guillermo Caicedo Rivera  
C.C.: 0503889644

## APROBACIÓN DE LA COMISIÓN CALIFICADORA

La Comisión Calificadora del presente trabajo conformada por los señores docentes Ing. Elsa Pilar Urrutia Urrutia, Mg., Ing. Christian Mariño Rivera Mg., Ing. Andrés Cabrera Acosta Mg., revisó y aprobó el Informe Final del Proyecto de Investigación titulado “ANÁLISIS POSTURAL EN OFICINAS DEL G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ”, presentado por el señor Lenin Guillermo Caicedo Rivera de acuerdo al numeral 9.1 de los Lineamientos Generales para la aplicación de Instructivos de las Modalidades de Titulación de las Facultades de la Universidad Técnica de Ambato.



Ing. Elsa Pilar Urrutia Urrutia, Mg.  
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



Ing. Christian Mariño Rivera Mg.  
DOCENTE CALIFICADOR



Ing. Andrés Cabrera Acosta Mg.  
DOCENTE CALIFICADOR

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme sabiduría y entendimiento en los momentos más difíciles para continuar adelante y permitirme llegar a cumplir este anhelado objetivo.

A mis padres Fredy Guillermo y Oliva Rocío por su amor, apoyo incondicional y sus consejos llenos de sabiduría en los buenos y malos momentos de mi vida.

A mis hermanos Paola y Dennis por darme las fuerzas para persistir en aquellos tropiezos que me han enseñado a valorar todo lo que me rodea.

A mi mejor amigo, mi abuelito Manuel quien con su ejemplo me acompañó en toda mi vida estudiantil y aunque hoy no esté aquí seguramente desde el cielo.

Lenin Guillermo Caicedo Rivera

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres y hermanos por estar siempre a mi lado, quienes han buscado formar en mí una persona con valores e ideales y por brindarme su sabiduría y su cariño.

A la Universidad Técnica de Ambato, a la Facultad de Ingeniería en Sistemas Electrónica e Industrial y a los docentes por abrirme las puertas en el camino del conocimiento, en especial al Ing. Luis Morales que incondicionalmente y con paciencia me ha guiado en la realización de esta investigación.

Al Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Pujilí, por la apertura brindada para realizar el presente proyecto de investigación y de forma muy particular a los empleados administrativos por su colaboración en este trabajo.

Lenin Guillermo Caicedo Rivera

## ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA.....	III
DERECHOS DE AUTOR.....	IV
APROBACIÓN DE LA COMISIÓN CALIFICADORA.....	V
DEDICATORIA .....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
RESUMEN EJECUTIVO .....	XV
ABSTRACT.....	XVI
GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS .....	XVII
INTRODUCCIÓN .....	XIX
CAPÍTULO I.....	20
EL PROBLEMA.....	20
1.1. Tema de investigación.....	20
1.2. Planteamiento del problema.....	20
1.2.1. Contextualización del problema.....	20
1.3. Delimitación.....	23
1.3.1. Delimitación del contenido.....	23
1.3.2. Delimitación espacial .....	23
1.3.3. Delimitación temporal .....	23
1.4. Justificación.....	23
1.5. Objetivos de estudio.....	24
1.5.1. Objetivo general .....	24
1.5.2. Objetivos específicos.....	24
CAPÍTULO II .....	25
MARCO TEÓRICO.....	25
2.1. Antecedentes investigativos.....	25
2.2. Fundamentación teórica .....	27
2.2.1. Salud ocupacional.....	27
2.2.2. Ergonomía .....	28
2.2.3. Factores de riesgo ergonómico.....	28
2.2.4. El trabajo en oficinas.....	29
2.2.5. Puestos de trabajo.....	30
2.2.6. Postura de trabajo y movimientos .....	30
2.2.7. Trabajo muscular estático.....	31
2.2.8. Carga aceptable para trabajos musculares estáticos .....	32
2.2.9. Cargas aceptables en el trabajo repetitivo .....	32
2.2.10. Trastornos músculo esqueléticos (TME).....	33

2.2.11.	Trastornos músculo esqueléticos superiores.....	33
2.2.12.	Trastornos músculo esqueléticos inferiores.....	35
2.2.13.	Cuestionario Nórdico.....	35
2.2.14.	Software SPSS V11.....	36
2.2.15.	Kinovea.....	36
2.2.16.	Métodos de evaluación de posturas en el trabajo.....	36
2.2.17.	Método RULA.....	36
2.2.18.	Método ROSA (Rapid Office Strain Assessment).....	39
2.3.	Propuesta de solución.....	43
CAPÍTULO III.....		44
METODOLOGÍA.....		44
3.1.	Modalidad de investigación.....	44
3.1.1.	Investigación bibliográfica - documental.....	44
3.1.2.	Investigación de campo.....	44
3.2.	Población y muestra.....	44
3.3.	Recolección de información.....	46
3.3.1.	Información demográfica y actividades de servidores públicos e identificación de puestos de trabajo del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí.....	46
3.3.2.	Atributos y condiciones de trabajo.....	46
3.3.3.	Flujograma de decisión para la selección de la metodología de evaluación postural.....	46
3.3.4.	Procedimiento de evaluación con el método ROSA.....	48
3.3.5.	Protocolo de evaluación con el método ROSA.....	51
3.3.6.	Recolección de fotografías para el método ROSA.....	58
3.3.7.	Procedimiento de evaluación con el método RULA.....	59
3.3.8.	Protocolo de evaluación con el método RULA.....	62
3.3.9.	Recolección de posturas para el método RULA.....	73
3.3.10.	Determinación de tiempos y frecuencias de las actividades en puestos de trabajo.....	73
3.3.11.	Fotografías seleccionadas para la evaluación con el método RULA.....	74
3.4.	Procesamiento y análisis de datos.....	75
	Prueba de independencia con Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ).....	77
3.4.6.	Medida estadística Odds Ratio.....	80
CAPÍTULO IV.....		82
DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....		82
4.1.	Información de la organización.....	82
4.2.	Identificación de puestos de trabajo.....	82
4.3.	Información demográfica.....	83
4.4.	Atributos y condiciones de trabajo.....	85

4.5. Método ROSA (Rapid Office Strain Assessment, Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas).....	86
4.6. Método RULA (Rapid Upper Limb Assessment, Valoración Rápida de los Miembros Superiores).....	93
4.7. Encuesta .....	101
CAPITULO V .....	120
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	120
5.1. Conclusiones .....	120
5.2. Recomendaciones.....	121
BIBLIOGRAFÍA.....	123

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Postura en la oficina.....	31
<b>Tabla 2.</b> Niveles de actuación en función de la puntuación final RULA [53]. .....	39
<b>Tabla 3.</b> Valoración de la silla [54]. .....	40
<b>Tabla 4.</b> Valoración del monitor y teléfono [54]. .....	41
<b>Tabla 5.</b> Valoración del ratón y teclado [54]. .....	41
<b>Tabla 5.</b> Valoración del ratón y teclado (continuación) [54]. .....	42
<b>Tabla 6.</b> Nivel de riesgo ROSA [54]. .....	42
<b>Tabla 7.</b> Nivel de riesgo ROSA [54]. .....	42
<b>Tabla 8.</b> Personal del área Administrativa .....	45
<b>Tabla 9.</b> Puntuación de la silla [54]. .....	53
<b>Tabla 10.</b> Puntuación de la profundidad [54]. .....	53
<b>Tabla 11.</b> Puntuación de apoyabrazos [54]. .....	54
<b>Tabla 12.</b> Puntuación del soporte [54]. .....	54
<b>Tabla 13.</b> Puntuación monitor .....	55
<b>Tabla 14.</b> Puntuación teléfono.....	55
<b>Tabla 15.</b> Puntuación ratón [54]. .....	56
<b>Tabla 16.</b> Puntuación teclado [54]. .....	56
<b>Tabla 17.</b> Modificación de puntuación.....	57
<b>Tabla 18.</b> Sección A [54]. .....	57
<b>Tabla 19.</b> Sección B [54]. .....	57
<b>Tabla 20.</b> Sección C [54]. .....	57
<b>Tabla 21.</b> Sección B&C [54]. .....	57
<b>Tabla 22.</b> Silla y B&C [54]. .....	58
<b>Tabla 23.</b> Nivel de riesgo [54]. .....	58
<b>Tabla 24.</b> Nivel de actuación [54]. .....	58
<b>Tabla 25.</b> Puntuación del brazo [53]. .....	64
<b>Tabla 26.</b> Modificación de la puntuación del brazo [53]. .....	64
<b>Tabla 27.</b> Puntuación del antebrazo .....	65
<b>Tabla 28.</b> Modificación de la puntuación del antebrazo [53]. .....	65
<b>Tabla 29.</b> Puntuación de la muñeca [53]. .....	66
<b>Tabla 30.</b> Modificación de la puntuación de la muñeca [53]. .....	66

<b>Tabla 31.</b> Puntuación del giro de la muñeca [53].....	66
<b>Tabla 32.</b> Puntuación del cuello [53]. .....	67
<b>Tabla 33.</b> Modificación de la puntuación del cuello [53]. .....	67
<b>Tabla 34.</b> Puntuación del tronco [53].....	68
<b>Tabla 35.</b> Modificación de la puntuación del tronco [53].....	68
<b>Tabla 36.</b> Puntuación de las piernas [53]. .....	68
<b>Tabla 37.</b> Puntuación global del grupo A [53].....	70
<b>Tabla 38.</b> Puntuación global del grupo B [53]. .....	70
<b>Tabla 39.</b> Puntuación del tipo de actividad [53].....	71
<b>Tabla 40.</b> Puntuación por carga o fuerzas ejercidas [53]. .....	71
<b>Tabla 41.</b> Puntuación final RULA [53].....	71
<b>Tabla 42.</b> Niveles de actuación con respecto a la puntuación final RULA [53]. .....	72
<b>Tabla 47.</b> Personal del área Administrativa .....	83
<b>Tabla 48.</b> Información demográfica .....	83
<b>Tabla 50.</b> Ficha de imágenes método ROSA .....	87
<b>Tabla 50.</b> Ficha de imágenes método ROSA (continuación).....	88
<b>Tabla 51.</b> Valoración método ROSA .....	89
<b>Tabla 52.</b> Resumen de evaluación ROSA .....	90
<b>Tabla 53.</b> Posturas Maricela Escudero .....	93
<b>Tabla 53.</b> Posturas Maricela Escudero (continuación).....	94
<b>Tabla 54.</b> Selección de la postura.....	95
<b>Tabla 55.</b> Ficha de imágenes método RULA .....	96
<b>Tabla 55.</b> Ficha de imágenes método RULA (continuación).....	97
<b>Tabla 56.</b> Valoración método RULA .....	98
<b>Tabla 57.</b> Resumen de evaluación RULA.....	99
<b>Tabla 58.</b> Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en el cuello.....	102
<b>Tabla 59.</b> Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en el hombro .....	105
<b>Tabla 60.</b> Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en el dorso o lumbar ..	108
<b>Tabla 61.</b> Resumen de porcentajes sintomatología de dolor en el codo o antebrazo ....	111
<b>Tabla 62.</b> Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en la muñeca o mano .	114
<b>Tabla 63.</b> Relación de variables .....	117
<b>Tabla 64.</b> Relación con variables demográficas.....	118

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Fig. 1</b> Postura correcta en oficinas.....	31
<b>Fig. 2</b> Grupos del cuerpo [53].....	38
<b>Fig. 3</b> Esquema de puntuaciones [53].....	38
<b>Fig. 4</b> Flujograma de decisión.....	47
<b>Fig. 5</b> Oficina [58].....	52
<b>Fig. 6</b> Postura correcta [59].....	52
<b>Fig. 7</b> Altura de la silla [54].....	53
<b>Fig. 8</b> Profundidad de la silla [54]. ....	53
<b>Fig. 9</b> Apoyabrazos [54]. ....	54
<b>Fig. 11</b> Monitor [54]. ....	55
<b>Fig. 12</b> Teléfono [54].....	55
<b>Fig. 13</b> Ratón [54].....	56
<b>Fig. 14</b> Teclado [54].....	56
<b>Fig. 15</b> Ángulos RULA [53]. ....	63
<b>Fig. 16</b> Grupos de miembros [53].....	63
<b>Fig. 17</b> Ejes del ángulo de flexión del brazo [53].....	64
<b>Fig. 18</b> Medición del ángulo del brazo [53].....	64
<b>Fig. 19</b> Modificación de la puntuación del brazo [53].....	64
<b>Fig. 20</b> Antebrazo [53].....	65
<b>Fig. 21</b> Modificación de la puntuación del antebrazo [53]. ....	65
<b>Fig. 22</b> Ángulo de la muñeca [53]. ....	66
<b>Fig. 23</b> Modificación de la puntuación de la muñeca [53]. ....	66
<b>Fig. 24</b> Puntuación del giro de la muñeca [53]. ....	66
<b>Fig. 25</b> Medición del ángulo del cuello [53].....	67
<b>Fig. 26</b> Modificación de la puntuación del cuello [53].....	67
<b>Fig. 27</b> Ángulo del tronco [53]. ....	67
<b>Fig. 28</b> Modificación de la puntuación del tronco [53]. ....	68
<b>Fig. 29</b> Puntuación de las piernas [53].....	68
<b>Fig. 30</b> Esquema de puntuaciones RULA [53]. ....	72
<b>Fig. 31</b> Ubicación geográfica del GAD Municipal del cantón Pujilí.....	82
<b>Fig. 32</b> Nivel de riesgo ROSA .....	90
<b>Fig. 33</b> Nivel de riesgo RULA .....	99

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 01</b> Ficha de datos y actividades del personal del G.A.D. Municipal de cantón Pujilí .....	132
<b>Anexo 02</b> Ficha de condiciones y atributos de trabajo en oficina .....	153
<b>Anexo 03</b> Ficha de fotos de evaluación con método ROSA.....	174
<b>Anexo 04</b> Hoja de campo para la valoración con método ROSA.....	262
<b>Anexo 05</b> Posturas y códigos .....	303
<b>Anexo 06</b> Análisis de posturas.....	308
<b>Anexo 07</b> Ficha de fotos de evaluación con método RULA .....	309
<b>Anexo 08</b> Hoja de campo para la valoración con método RULA .....	311
<b>Anexo 09</b> Test nórdico aplicado al personal del G.A.D. Municipal de cantón Pujilí....	313
<b>Anexo 10</b> Tabla de distribución del Chi cuadrado.....	351

## **RESUMEN EJECUTIVO**

La carga estática postural por más de un minuto seguido supone la aparición lenta y en principio inofensiva de trastornos músculo esqueléticos. La investigación tiene como objetivo evaluar las posturas de trabajo en oficinas de la Municipalidad de Pujilí. Las metodologías de evaluación postural fueron los test Rapid Office Strain Assessment y Rapid Upper Limb Assessment, el análisis angular de posturas se realizó mediante el software Kinovea. Se establece con la metodología ROSA al 95,2% con nivel de riesgo bajo y con nivel de riesgo medio al 4,8% quienes demandan una evaluación adicional. Se determina con la metodología RULA al 2,4% con nivel de riesgo 2 y con nivel de riesgo 3 al 2,4%, lo que implica para este último el rediseño de la tarea. La sintomatología de dolor músculo esquelético se establece con el cuestionario Nórdico, la prevalencia de estos síntomas se encuentra en el cuello 57,9%, muñeca/mano 39,5% y dorso/lumbar 36,8%. Se encontró una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) para la edad y el género respecto a la sintomatología de dolor músculo esquelético en el dorso/lumbar.

## **ABSTRACT**

The postural static charge for more than one minute followed supposes the slow appearance and initially harmless of musculoskeletal disorders. The objective of this investigation is to evaluate the work positions in the offices of the Municipality of Pujilí. The postural evaluation methodologies were the Rapid Office Strain Assessment and Rapid Upper Limb Assessment, the angular analysis of positions is executed with the Kinovea software. It is established with the ROSA methodology at 95.2% with a low level of risk and with a medium level of risk at 4.8% who demand an additional evaluation. It is determined with the RULA methodology at 2.4% with risk level 2 and with risk level 3 at 2.4%, which implies for the latter the redesign of the task. The symptomatology of musculoskeletal pain are established with the Nordic questionnaire, the prevalence of these symptoms is found in the neck 57.9%, wrist / hand 39.5% and back / lumbar 36.8%. A statistically significant relationship was found ( $p < 0.05$ ) for the age and gender with respect to the symptomatology of musculoskeletal pain on the dorsum / lumbar.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS

### Glosario técnico

**Ergonomía:** Estudio de las condiciones de adaptación de un lugar de trabajo a las características físicas y psicológicas del usuario.

**Composición laboral.** Elementos de trabajo y tiempo de utilización.

**Discomfort.** Sensación física de indisposición y molestia general e imprecisa.

**Plano sagital.** También llamado plano anteroposterior pasa desde el frente hasta la espalda del cuerpo, creando un lado izquierdo y un lado derecho del cuerpo.

**Plano coronal.** También conocido como plano frontal, atraviesa el cuerpo de un lado a otro creando un lado adelante y un lado atrás.

**Plano transversal.** También conocido como plano horizontal, atraviesa el cuerpo horizontalmente dividiendo el cuerpo en dos segmentos, uno arriba y otro abajo.

**Postura.** Es la relación de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo con respecto al tronco y viceversa.

**Ciclos de trabajo.** Serie de acciones que suceden en el mismo orden y que al llegar a una fase de la actividad vuelven a repetirse.

**Intervalos regulares.** Espacios similares que hay de un tiempo a otro.

**Carga postural.** Cuando una o más articulaciones se encuentran en una posición alejada de la posición neutra.

**Posición neutra.** Es la posición de referencia utilizada para definir los distintos planos y ejes corporales que nos sirven para poder medir el movimiento articular de la mayoría de las articulaciones.

**Pronación o supinación.** Se denomina pronación a la rotación del antebrazo que permite situar la mano con el dorso hacia arriba; el movimiento contrario se denomina supinación.

## **Acrónimos**

**GAD:** Gobierno Autónomo Descentralizado

**OIT:** Organización Internacional del Trabajo

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**IEES:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**TME:** Trastornos Músculo Esqueléticos

**ROSA:** Rapid Office Strain Assessment “Evaluación rápida de Esfuerzo para Oficinas”

**RULA.** Rapid Upper Limb Assessment “Valoración Rápida de los Miembros Superiores”

## INTRODUCCIÓN

La seguridad y salud en el trabajo surge como parte de los derechos del trabajo y su protección [1] [2], tiene como finalidad el mejoramiento de las condiciones de trabajo para salvaguardar la integridad física y mental de los trabajadores [3] [4]; para llevarlo a cabo se requiere la identificación de peligros, evaluación e intervención para minimizar los riesgos asociados a la actividad entre ellos los ergonómicos que constituyen una gran posibilidad de desarrollar trastornos músculo esqueléticos (TME) [5].

Los TME son una de las enfermedades de origen laboral más comunes que afectan a millones de trabajadores [6] [7], son alteraciones que sufren estructuras corporales y el sistema circulatorio [8] [9] como resultado de una exposición repetitiva a cargas más o menos pesadas durante un periodo de tiempo prolongado, afectan a varias zonas corporales de la persona [10].

La relación entre los TME de origen laboral y las alteraciones posturales del individuo no está claramente definida [11], pese a ello, está descrito que genera pérdidas económicas para las empresas, debido a que perturban la actividad laboral, reducen la productividad y pueden dar lugar a bajas por enfermedad e incapacidad laboral crónica [12] [13].

Para mitigar las enfermedades laborales, la ley vigente ecuatoriana obliga a los empleadores a tomar medidas en temas de seguridad y salud, para que las condiciones de trabajo no supongan riesgos para los empleados, o si ello no fuera posible, para que tales riesgos se reduzcan al mínimo [14] [15].

Esta investigación tiene como objetivo la evaluación postural en oficinas del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí de los empleados que utilizan equipos de cómputo, se realiza la identificación de las condiciones y atributos en puestos de trabajo, valoración de riesgos mediante métodos de evaluación ergonómicos y la aplicación de un test de sintomatología muscular, conforme a los resultados de la investigación se determina la relación entre los TME y el nivel de riesgo al que se exponen los empleados.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1.Tema de investigación**

ANÁLISIS POSTURAL EN OFICINAS DEL G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ

### **1.2.Planteamiento del problema**

#### **1.2.1.Contextualización del problema**

Los estudios relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo resultan trascendentales en la actualidad y son tema de investigación por los accidentes y las enfermedades que ocurren en el personal de una organización durante el desarrollo de sus actividades laborales, lo que conlleva a la disminución de su productividad [16].

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), afirma que en todo el mundo alrededor de 2,3 millones de personas mueren cada año debido a accidentes y enfermedades afines con el trabajo, a la vez detalla que cada día ocurren 860.000 accidentes en el trabajo que producen lesiones, y el costo directo e indirecto de estas ocurrencias se estima que son alrededor de 2,8 billones de dólares [17].

Los movimientos físicos pobres y/o repetitivos, las posturas estática inadecuadas, los extensos periodos de trabajo y los escenarios no ergonómicos suelen presentarse típicamente en usuarios de computadora, trabajos de oficina o trabajos administrativos y laborar en dichas condiciones pueden causar incomodidad visual, daño a los tendones y nervios, lesiones musculares, rigidez del cuello, hernias de disco cervical y síndrome del túnel carpiano entre los principales trastornos músculo-esqueléticos [18] [19].

Alrededor de dos tercios del período característico de operación de la computadora se adjudica al uso del ratón, el uso de este dispositivo se ha asociado con los altos niveles de tarea muscular estática y posturas extremas que son factores de riesgo para la aparición de trastornos músculo-esqueléticos [20].

Los trastornos músculo-esqueléticos son usualmente padecimientos derivados del ámbito laboral que perturban a miles de obreros en Europa y en todo el mundo, hacerse cargo de estas enfermedades les cuesta a los empleadores mucho dinero. Confrontar los trastornos músculo-esqueléticos ayuda a mejorar la calidad de vida de los empleados aunque desde el punto de vista empresarial resulta un tema negativo por el aspecto económico [16].

Los trastornos músculo-esqueléticos habitualmente generan dolencias en las extremidades superiores, no obstante también pueden perturbar a las extremidades inferiores, afectando las articulaciones u otros tejidos, produciendo desde molestias insignificantes y dolencias leves a cuadros médicos más difíciles que precisan el requerimiento del abandono laboral e inclusive a la necesidad de recibir tratamiento clínico [16].

Un análisis efectuado por una empresa francesa reveló que las personas que realizan labores de oficina y los obreros corrían un riesgo superior que el resto de profesionales de ausentarse de su trabajo debido a trastornos en las extremidades superiores, también en una encuesta poblacional efectuada en Suecia se determinó que las personas que se quejaban de dolor lumbar y trastornos del cuello y hombro contaban con un alto riesgo de ausencia de enfermedad a corto y largo plazo [21].

En Estados Unidos los costos de indemnización a los trabajadores producto de los trastornos músculo-esqueléticos escalaron aproximadamente a 50 mil millones de dólares, por lo que diversas organizaciones de salud y seguridad en el trabajo diseñan ergonómicamente el sitio para que las capacidades naturales de los trabajadores se adapten a la labor física que se deba realizar [22].

En Colombia, el 65 % de los análisis ligados con las actividades profesionales perturban el sistema músculo-esquelético, siendo esta la primera causa de morbilidad laboral. En

términos de costos, el 90 % de las compensaciones por discapacidad permanente se llevó a cabo por dichos trastornos [19].

Según el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en el 2014 en el país se registraron 14000 enfermedades ocupacionales, pero menos del 3% fueron reportadas. Las enfermedades ocupacionales que se presentan con mayor frecuencia en el Ecuador son: el codo de tenista, dolor en la base del talón, dolor de cuello, síndrome de túnel del carpo, lumbalgia y dolor e hinchazón en la base del pulgar. Existen también estadísticas hasta junio del 2016 en donde se encuentra igualmente prevalencia de hernia de disco y túnel del carpiano como las enfermedades profesionales reportadas y calificadas con mayor frecuencia [23].

Según la jefa médica de la Dirección de Riesgos de Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social las enfermedades del sistema óseo muscular tienen una relación directa con el diseño del lugar de trabajo y las posturas mal adoptadas en las áreas operativas y administrativas de las organizaciones, sobre todo en las que se desarrollan frente a un computador [24].

El G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí, ubicado en la provincia de Cotopaxi, en el primer semestre del presente año cuenta con 41 empleados en oficinas administrativas, dichas personas han tenido que adaptarse a la infraestructura de la institución la cual en principio fue construida para un centro comercial, exponiéndose a condiciones inadecuadas debido a que los locales no fueron construidos ni amoblados tomando en cuenta el espacio de trabajo necesario para oficinas y tampoco acorde a las características antropométricas de sus trabajadores [25].

Las actividades que realiza el personal administrativo de la institución son de oficina y para realizar su trabajo requieren la utilización de equipos de cómputo, la jornada laboral diaria es de 8 horas en la que el personal realiza actividades estáticas y además por el tiempo prolongado que permanecen en el puesto de trabajo tienden a adoptar posturas inadecuadas, por ende la mala utilización de los elementos de oficina.

En el G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí se está planeando la creación del departamento médico, razón por la cual no existe un seguimiento de salud de los

trabajadores, desconociéndose la cantidad de empleados con presencia de dolencias músculo esqueléticas.

### **1.3.Delimitación**

#### **1.3.1.Delimitación del contenido**

**Campo:** Industrial en Procesos de Automatización

**Área académica:** Industrial y Manufactura

**Línea de investigación:** Industrial

**Sublínea de investigación:** Sistemas de administración de la salud, seguridad ocupacional y medio ambiente.

#### **1.3.2. Delimitación espacial**

El proyecto de investigación se lo realiza en el G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí, ubicado en la Parroquia La Matriz, provincia de Cotopaxi.

#### **1.3.3.Delimitación temporal**

El proyecto de investigación es desarrollado durante 12 meses a partir de la aprobación del perfil (07 de julio del 2017) por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ingeniería en Sistemas, Electrónica e Industrial.

### **1.4.Justificación**

La investigación se justifica a través de la necesidad del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí de brindar un ambiente seguro de trabajo y evitar que los empleados que laboran diariamente en el lugar, contraigan a mediano o largo plazo sintomatología de dolor músculo esquelético o a su vez lesiones más complejas por su estancia prolongada en oficinas, provocando así un deterioro en la calidad de vida de las personas en cuestión. Por esta razón se puede realizar un análisis postural en puestos de trabajo de las oficinas administrativas de la organización para conocer la dimensión del riesgo a la que se encuentra expuesta la integridad física del personal administrativo y determinar si existe relación con los malestares músculo esqueléticos.

La ejecución del trabajo de investigación propuesto es **transcendental** porque permite evaluar las circunstancias actuales en las que se realizan las labores diarias en el G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí y concederá resultados para resolver la problemática planteada.

El particular que resulta **beneficiado** por la realización del estudio es directamente el personal administrativo del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí porque de esta manera evaden enfermedades laborales, por lo tanto no se da lugar al ausentismo en el trabajo y por otra parte las autoridades de la institución logran evitar sanciones legales por incumplimiento de sus deberes con los trabajadores, e indirectamente la ciudadanía ya que recibe atención oportuna por los servidores públicos de la organización.

La investigación se considera **factible** porque en relación al campo de estudio se tiene la preparación académica necesaria por parte del investigador y se complementa con el conocimiento y la experiencia de los tutores institucional y empresarial los cuales son especialistas en el tema, además se cuenta con los recursos bibliográficos, tecnológicos y económicos requeridos para la realización de la investigación.

## **1.5.Objetivos de estudio**

### **1.5.1. Objetivo general**

Evaluar las posturas de trabajo del personal administrativo en oficinas del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

Determinar los atributos y condiciones de trabajo en oficinas del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí.

Valorar las posturas de trabajo del personal administrativo del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí.

Relacionar las posturas de trabajo y su influencia en la generación de sintomatología de dolor músculo esquelético en el personal administrativo del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes investigativos**

Un estudio realizado a 1283 trabajadores de oficina en Suecia determinó que aproximadamente el 10% de la muestra informó una disminución en la productividad debido a síntomas músculo-esqueléticos, presentando el 33,3% dolencias en el cuello y 13,8% en las regiones del hombro siendo estos sitios los más reportados. El análisis de los datos examinados mediante el software SPSS V.22 señalan que la tensión muscular auto percibida, los bajos niveles de satisfacción y comodidad con el ambiente de trabajo, la cercana posición del teclado en el cuerpo, así como la baja variación de la tarea, representaron factores de riesgo físicos significativos para el desarrollo del dolor cervical en los trabajadores de oficina [26].

En la Universidad Eskisehir Osmangazi de Turquía se llevó a cabo una evaluación en términos de ergonomía en 92 oficinas, para este estudio se aplicó los métodos Rapid Office Strain Assessment (ROSA) y Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire (CMDQ), los datos recolectados se analizaron mediante la Regresión Logística Binaria para determinar la relación entre los niveles de riesgo ergonómico en los puestos de trabajo y los malestares que fueron reportados por el personal de oficina, entregando como resultado que el mayor peligro se presenta en el uso combinado de sillas sin regulación por largas horas, teléfonos, equipos de escritorio como monitor, teclado y mouse ubicados incorrectamente, los cuales exigen al trabajador que adopte posturas inadecuadas generando comúnmente dolor de espalda, hombros y cuello [27].

Una investigación realizada por las Universidades de Harvard, Ave y Northeastern acerca de los efectos del antebrazo y los soportes de la palma en la extremidad superior durante el uso del ratón de la computadora analizada en 16 participantes, demostró que con el apoyo del antebrazo se redujo la actividad muscular del hombro y el soporte de la palma disminuye la extensión de la muñeca, mediante lo cual se determinó que el uso de soportes para la extremidad superior reduce la carga biomecánica durante el manejo del mouse, existiendo una analogía compleja entre la configuración de los puestos de trabajo y las posturas de las extremidades adoptadas por los trabajadores que manipulan ordenadores [20].

En una institución de educación superior de Barranquilla, se realizó un estudio en 302 empleados de una muestra total de 1170 trabajadores administrativos y operativos que oscilan entre 19 y 65 años de edad, el cual determinó que el 50,1% de la población presentó dolencias músculo-esqueléticas, el 37,7% mostraba padecimientos en la región cervical, dorsal y lumbar quienes debieron cambiar los puestos de trabajo, el 16,6% sufría dolencias en las manos y muñecas siendo esto una molestia que interfiere en la realización de las actividades laborales. En el estudio realizado se aplicó el método OWAS con el que se determinó que el 59,7% fue categorizado con riesgo de desórdenes músculo-esqueléticos, debido a lo cual requirieron acciones correctivas [19].

Mediante una evaluación ergonómica en las áreas administrativas de Contact Center de la empresa PacifiCard de Guayaquil en la que se utilizó el método Rula Office, se consideró 200 trabajadores en total y con una muestra aleatoria simple que dejó como resultado 76 personas entre hombres y mujeres para el análisis, las mismas que realizan acciones inadecuadas en lugares de trabajo, ejecutan movimientos repetitivos y laboran frente a una pantalla de visualización de datos, se detectó que tienen una exposición prolongada frente al monitor de más del 80% de la jornada laboral y además se manifestó la ausencia de pausas pasivas y/o activas en periodos cortos. Las preponderancias de mayor índice yacieron de las molestias osteomusculares, en hombres y mujeres se presentaron en el cuello (67 - 88 %), espalda alta (67- 69 %), espalda baja (67 -75 %) y en hombros (41 – 64 %). Las causas de dichas dolencias constan conexas a las posturas adoptadas por los trabajadores en los brazos, codo, muñeca y mano mientras

se encuentran sentados, igualmente por la altura del área de trabajo, la ubicación del teclado, ratón y el diseño de las sillas. Por las posturas adoptadas por los trabajadores en el cuello y la espalda para leer la información en el monitor, según la altura de las pantallas y la distancia con el teclado, el mouse y el teléfono [28].

En un estudio efectuado en la Empresa Municipal de Agua Potable y Alcantarillado de Guayaquil mediante la evaluación biomecánica por el método REBA (Rapid Entire Body Assessment), se determinó que 48 de 81 trabajadores presentaron dolencias en la nuca a causa del trabajo, lo que constituye el 59% de la muestra, otros síntomas presentados fueron dolencias en la columna alta y baja, piernas, hombros, brazos y manos, por lo que se concluyó que estos padecimientos pueden llegar a ser enfermedades profesionales a corto plazo si no se toman medidas preventivas. De los 81 trabajadores interrogados en la Empresa Municipal de Agua Potable y Alcantarillado de Guayaquil, el 40% relata sentir insatisfacción laboral por el trabajo monótono, falta de formación profesional, trabajos con presión y la demanda de atención en el desarrollo de las tareas y al ser evaluados estos factores mediante el método cualitativo del INSHT, arrojaron un nivel de riesgo moderado, razón por la que la reducción de riesgos debe realizarse necesariamente [29].

## **2.2.Fundamentación teórica**

### **2.2.1. Salud ocupacional**

La salud ocupacional es la rama de la salud pública que tiene como propósito promover y conservar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y social de los empleados en sus labores cotidianas, se encarga a la vez de evitar deterioros a la salud ocasionados por el ambiente de trabajo y por los factores de riesgo, así como acomodar el trabajo al empleado acorde a sus necesidades [30].

En el primer seminario latinoamericano de salud ocupacional se atestiguó que la salud ocupacional está relacionada a elementos económicos, sociales, políticos e históricos, lo cual ha restringido que en América latina el avance de estos estudios tenga características específicas y muy desemejantes de las dificultades que presentan los países industrializados. Una de las conclusiones enuncia que se pudo observar que la

planificación de salud ocupacional no ha rebasado un nivel conveniente debido a la complejidad de los problemas [31].

Por otra parte, el análisis de las condiciones del ambiente de trabajo y la organización laboral, componen el marco estructural de la salud ocupacional. Esta última es compromiso del empleado y, por ramificación, del empresario y de las estructuras política, social y laboral de un estado; a ellos atribuye empezar labores jurídicas que sean el marco de referencia imprescindible para una unidad de expertos de salud ocupacional [31].

### **2.2.2. Ergonomía**

Etimológicamente el término ergonomía deriva de las palabras griega “ergo” que significa trabajo y “nomos” que significa norma, según el IEHF (Instituto Europeo de Ergonomía y Recursos Humanos) define la ergonomía como el estudio científico de los factores humanos en relación con el ambiente de trabajo, donde quiera que interactúen con los productos, sistemas o procesos. “El énfasis dentro de ergonomía es garantizar que los diseños complementan las fortalezas y habilidades de las personas y minimizan los efectos de sus limitaciones, en lugar de forzarlos a adaptarse [32].

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) define a la ergonomía como la ciencia que estudia cómo adecuar la relación del ser humano con su entorno; su finalidad es hacer el medio ambiente en el que se desenvuelven los trabajadores más confortable, evitar los accidentes y las enfermedades, de esta manera se incrementa la productividad, ya que se reduce la fatiga, el estrés y las dolencias músculo-esqueléticas [33].

### **2.2.3. Factores de riesgo ergonómico**

Comprende todos los agentes o escenarios que se involucran con el ajuste de los puestos de trabajo, o los lugares de labor a la arquitectura del cuerpo del trabajador. Figuran como factor de riesgo los objetos, áreas de trabajo, equipos y herramientas de los cuales su peso, tamaño, forma y diseño logran provocar un esfuerzo inadecuado, posturas y movimientos incorrectos que producen fatiga física y lesiones osteomusculares [34].

Los factores de riesgo ergonómico se clasifican en:

- Condiciones térmicas
- Ruido
- Iluminación
- Calidad del ambiente interior
- Diseño del puesto de trabajo
- Trabajo de pantallas de visualización
- Manipulación manual de cargas
- Posturas/repetitividad
- Fuerzas

#### **2.2.4. El trabajo en oficinas**

Como sub disciplina aparece la ergonomía de oficina, que se deriva de la ergonomía dentro de la seguridad y salud en el trabajo, cuyo objeto es la de diseñar y corregir el ambiente de trabajo, con miras a disminuir, mitigar o mejor aún, eliminar los riesgos asociados a este tipo trabajo, tales como posturas habituales, mala iluminación, ruido, movimientos repetitivos, etc., y los efectos que pueden afectar la salud y el bienestar del trabajador (fatiga visual, síndrome de túnel carpiano, lesiones músculo-esqueléticas, etc.). En vista de que el trabajo en oficinas involucra un sinnúmero de profesionales, que ha ido incrementando con la evolución de las tecnologías, esto ha dado lugar al surgimiento de una gran cantidad de factores de riesgos ergonómicos, que antes no se conocían, no porque no existieran, sino más bien porque eran mínimos los registros y quejas sobre los efectos causados por estos factores [29].

Los cambios en el entorno laboral, son cada vez más profundo y acelerados, por lo que ha introducido de forma progresiva en el mundo de las oficinas los ordenadores personales, esto ha hecho que en casi todas las oficinas, el personal administrativo tenga como herramienta de trabajo un computador, esta situación que sin duda alguna ha permitido facilitar las tareas cotidianas que se realizan en una oficina, arrastra como

secuela una serie de trastornos sobre la salud de los trabajadores, tales como: fatiga visual, síntomas de afecciones músculo-esqueléticas y alteraciones de carácter psicológico a causa de su uso, que se agudizan cuando el operario pasa gran parte de su jornada laboral delante de una pantalla de visualización de datos [29].

#### **2.2.5. Puestos de trabajo**

El puesto de trabajo es el lugar que un trabajador ocupa cuando desempeña una tarea. Puede estar ocupado todo el tiempo o ser uno de los varios lugares en que se efectúa el trabajo. Algunos ejemplos de puestos de trabajo son las cabinas o mesas de trabajo desde las que se manejan máquinas, se ensamblan piezas o se efectúan inspecciones; una mesa de trabajo desde la que se maneja un ordenador; una consola de control; etc. [35].

Es importante que el puesto de trabajo esté bien diseñado para evitar enfermedades relacionadas con condiciones laborales deficientes, así como para asegurar que el trabajo sea productivo. Hay que diseñar todo puesto de trabajo teniendo en cuenta al trabajador y la tarea que va a realizar a fin de que ésta se lleve a cabo cómodamente, sin problemas y eficientemente. Si el puesto de trabajo está diseñado adecuadamente, el trabajador podrá mantener una postura corporal correcta y cómoda, lo cual es importante porque una postura laboral incómoda puede ocasionar múltiples problemas en la salud del trabajador [35].

#### **2.2.6. Postura de trabajo y movimientos**

La postura de trabajo se adjudica a la posición de los brazos, la espalda, el cuello; y los movimientos de trabajo se refieren a los que ejecuta el cuerpo por exigencia de la tarea. Se convienen estimar apartados, las posturas y los movimientos laborales para cuello-hombro, cuello-muñeca, espada y cadera-piernas, se las analiza en el movimiento más forzoso y sobre la postura adoptada en ese instante. Al mantener la postura por media jornada o más, el nivel de riesgo se eleva, al igual que desciende si la postura se conserva por un tiempo menor a una hora [36].

Para una buena postura de trabajo en oficinas en donde se haga uso de pantallas de visualización de datos se requiere adoptar las posiciones mostradas en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Postura en la oficina [37].

 <p><b>Fig. 1</b> Postura correcta en oficinas [37].</p>	Cabeza hacia atrás, la barbilla hacia adentro y los hombros alineados y relajados.
	Ojos nivelados a 1/3 de la parte superior del monitor, separados de 45 a 60 cm de la pantalla.
	Codos en ángulo recto y pegados al cuerpo.
	Mouse y teclado a la altura de los codos, con las muñecas dobladas ligeramente.
	Espalda recta pegada al respaldo del asiento. Usar una silla ajustable con soporte lumbar.
	Rodillas al mismo nivel de las caderas.
	Pies apoyados firmemente en el suelo o en un reposapiés.

### 2.2.7. Trabajo muscular estático

En el trabajo estático, la contracción muscular no produce movimientos visibles, por ejemplo, en un miembro. El trabajo estático aumenta la presión en el interior del músculo lo que, junto con la compresión mecánica, ocluye la circulación total o parcial de la sangre. El aporte de nutrientes y de oxígeno al músculo y la eliminación de productos metabólicos finales del mismo quedan obstaculizados. De esta forma, en los trabajos estáticos, los músculos se fatigan con más facilidad que en los trabajos dinámicos. La característica circulatoria más destacada del trabajo estático es el aumento de la presión sanguínea. La frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco no varían mucho. Por encima de una determinada intensidad de esfuerzo, la presión de la sangre aumenta en relación directa con la intensidad y la duración del esfuerzo. Además, a igual intensidad relativa del esfuerzo, el trabajo estático realizado con grandes grupos musculares produce una mayor respuesta de la presión sanguínea que el trabajo con músculos más pequeños [38].

### **2.2.8. Carga aceptable para trabajos musculares estáticos**

El trabajo muscular estático se requiere principalmente en el mantenimiento de las posturas de trabajo. La duración de la contracción estática depende exponencialmente de la fuerza relativa de la contracción. Esto significa, por ejemplo, que cuando la contracción estática requiere un 20 % de la fuerza máxima de contracción, la duración de la contracción será de cinco a siete minutos, y cuando la fuerza de contracción es del 50 %, el tiempo de duración de la contracción será de aproximadamente un minuto. La fuerza de contracción aceptable es específica para un músculo o grupo de músculos determinados y equivale a un 2-5 % de la fuerza estática máxima. Los límites de estas fuerzas son, sin embargo, difíciles de utilizar en situaciones prácticas porque requieren un registro electromiográfico [39].

El médico dispone de pocos métodos de campo para cuantificarla tensión producida por el trabajo estático. Algunos métodos de observación (como el de OWAS) permiten analizar la proporción de las posturas desfavorables, es decir, posturas que se desvían de las posiciones medias normales de las principales articulaciones. La medida de la presión sanguínea y la valoración del esfuerzo percibido pueden resultar útiles, pero la frecuencia cardíaca no es tan determinante [39].

### **2.2.9. Cargas aceptables en el trabajo repetitivo**

El trabajo repetitivo realizado con grupos musculares pequeños es similar al trabajo muscular estático, desde el punto de vista de las respuestas circulatorias y metabólicas. Normalmente, en el trabajo repetitivo, los músculos se contraen más de 30 veces por minuto. Cuando la fuerza relativa de la contracción supera el 10 % de la fuerza máxima, la duración de la contracción y la fuerza muscular empiezan a disminuir. Sin embargo, existe una variación individual muy grande en cuanto al tiempo de duración de la contracción [38].

Resulta difícil establecer criterios definitivos para el trabajo repetitivo, porque incluso un nivel de trabajo muy ligero como, por ejemplo, el uso del ratón de un ordenador, puede provocar aumentos de la tensión intramuscular, lo que puede conducir a veces a la hinchazón de las fibras musculares, la aparición de dolor y la disminución de la fuerza

muscular. Un trabajo estático y repetitivo de los músculos puede provocar fatiga y reducir la capacidad de trabajo a niveles muy bajos de fuerza relativa. Por lo tanto, la intervención ergonómica deberá tener como objetivo la reducción del número de movimientos repetitivos y de contracciones estáticas tanto como sea posible [38].

#### **2.2.10. Trastornos músculo esqueléticos (TME)**

Es una lesión física originada por trauma acumulado, que se desarrolla gradualmente sobre un período de tiempo como resultado de repetidos esfuerzos sobre una parte específica del sistema músculo-esquelético. También puede desarrollarse por un esfuerzo puntual que sobrepasa la resistencia fisiológica de los tejidos que componen el sistema músculo-esquelético. A nivel internacional, se trata de uno de los problemas más importantes de salud en el trabajo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, la OMS y la Agencia Europea para la Salud y Seguridad en el Trabajo los han calificados como temas prioritarios de la Salud Ocupacional [40].

#### **2.2.11. Trastornos músculo esqueléticos superiores**

Los trastornos músculo-esqueléticos (TME) más frecuentes en la extremidad superior son: tendinitis del manguito de los rotadores, epicondilitis, epitrocleitis, síndrome del túnel carpiano y ganglión [41].

##### **Tendinitis del manguito de los rotadores**

La tendinitis del manguito de los rotadores corresponde a la inflamación de una serie de tendones que rodean la cápsula articular de la articulación glenohumeral y que finalmente se insertan en el tubérculo mayor y menor del húmero. Los músculos que conforman este grupo son los rotadores laterales: infraespinoso, teres menor; rotador medial: subescapular; y un abductor del hombro: supraespinoso. A partir de estos músculos se originan los tendones responsables de gran parte de los movimientos del hombro [42].

##### **Epicondilitis**

La Epicondilitis o “codo de tenista” es una lesión por esfuerzo repetitivo en el movimiento de pronación-supinación forzada, en la que se inflaman los tendones de los

músculos de la cara externa del codo (los músculos extensores de los dedos y la muñeca, y los supinadores del antebrazo) con un origen común (unión) en el Epicóndilo [43].

### **Epitrocleitis**

La Epitrocleitis o “codo del golfista” es una lesión por esfuerzo repetitivo en el movimiento de supinación forzada. Los tendones de los músculos del primer plano del antebrazo ventral, que presentan un origen en la Epitróclea (Epicóndilo medial), se inflaman por incremento de la tensión [44].

### **Síndrome del túnel carpiano**

Corresponde a la compresión del nervio mediano a su paso por la muñeca a nivel del interior del túnel del carpo. El túnel del carpo es un canal o espacio osteofibroso, formado por los huesos de la primera y segunda fila del carpo (huesos del carpo) y por el retináculo flexor (ligamento transversal del carpo). A través de este canal pasan los tendones de los músculos flexores superficiales y profundos de los dedos y el nervio mediano. La inflamación de los tendones flexores y sus vainas sinoviales respectivas provoca un atrapamiento del nervio mediano produciendo alteraciones motoras y sensitivas que se manifiestan en la mano. Esta enfermedad suele aparecer con mayor frecuencia en las mujeres, pudiendo afectar hasta a un 8% de ellas, mientras que afecta a tan sólo un 0,6% de los hombres [45].

### **Ganglión**

Un ganglión o quiste sinovial corresponde a una protusión (salida) del líquido sinovial a través de zonas de menor resistencia de la cápsula articular de la muñeca (huesos del carpo) o de las vainas sinoviales de los tendones. El lugar de aparición más frecuente es en el dorso de la mano y de la muñeca (en el 60% de los casos). Es menos frecuente la aparición en las vainas de los tendones extensores y muy ocasionalmente también pueden localizarse en la muñeca por ventral. El ganglión se asemeja a menudo a un globo que contiene líquido sinovial [46].

### **2.2.12. Trastornos músculo esqueléticos inferiores**

El trastorno músculo esquelético (TME) más frecuente en la extremidad inferior es la Bursitis prepatelar [41].

#### **Bursitis prepatelar**

Corresponde a una inflamación de la cara anterior de la rodilla. La rodilla es una articulación rodeada de potentes tendones, y entre estos tendones y los huesos que conforman la rodilla (fémur, tibia, fíbula –peroné- y patela –rótula-) existen varias bolsas rellenas de líquido sinovial (bolsas sinoviales) cuya función es disipar las tensiones que generan los tendones y evitar que esta tensión se transmita al hueso. Las bolsas sinoviales que suelen inflamarse por asociación con el trabajo, la frecuencia y la repetición de la presión de la patela son: la bursa prepatelar, la cual se encuentra ubicada directamente entre la superficie cutánea, la cara ventral de la patela y el ligamento patelar [47].

### **2.2.13. Cuestionario Nórdico**

Es un cuestionario estandarizado para la detección y análisis de síntomas músculo esqueléticos, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional con el fin de detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado aún a consultar al médico. Su valor radica en que nos da información que permite estimar el nivel de riesgos de manera proactiva y nos permite una actuación precoz. Las preguntas son de elección múltiple y puede ser aplicado en una de dos formas. Una es en forma auto-administrada, es decir, es contestado por la propia persona encuestada por sí sola, sin la presencia de un encuestador. La otra forma es ser aplicado por un encuestador, como parte de una entrevista. El cuestionario a utilizar es el llamado Cuestionario Nórdico de Kuorinka. Las preguntas se concentran en la mayoría de los síntomas que con frecuencia se detectan en diferentes actividades económicas [48].

#### **2.2.14. Software SPSS V11**

Es un software estadístico, de uso general, que integra procedimientos estadísticos y gráficos de alta resolución que se utiliza como herramienta para el análisis de datos desde el punto de vista gráfico, también se utiliza para realizar análisis estadístico simple y/o avanzado. Los archivos de datos ingresados al software son grabados con extensión \*.sav, sin embargo, los resultados se graban con extensión \*.spo, permitiendo grabar diferentes resultados en diversos archivos. Además, permite grabar formatos de tablas, programas de sintaxis etc. Con diferentes extensiones [49].

#### **2.2.15. Kinovea**

Kinovea es un reproductor de vídeo comúnmente aplicado en el ámbito deportivo, se ha diseñado con el objetivo de estudiar las prácticas deportivas, analizar su desempeño y encontrar problemas al momento de entrenar; la aplicación principal es el análisis de imágenes y descripción de trayectorias mas no la edición del video [50].

#### **2.2.16. Métodos de evaluación de posturas en el trabajo**

La evaluación de posturas precisa de la utilización de métodos de valoración del riesgo que proporcionen niveles precisos de exposición de los trabajadores y sobre todo, información acerca de los factores de riesgo que inciden mayoritariamente en el resultado del índice de exposición como parte indispensable del proceso de mejora de las condiciones de trabajo. Dentro de esta línea de investigación se han analizado y ensayado los diferentes métodos de evaluación ergonómica a fin de seleccionar los más eficaces para valorar tareas que comportan una sobrecarga biomecánica suficiente como para generar trastornos músculo-esqueléticos [51].

#### **2.2.17. Método RULA**

El método RULA (Rapid Upper Limb Assessment) fue desarrollado por los doctores Lynn McAtamney y E. Nigel Corlett, de la Universidad de Nottingham, en 1993, para evaluar la exposición de los trabajadores a factores de riesgo que pueden ocasionar trastornos en los miembros superiores del cuerpo: posturas, movimientos repetitivos, fuerzas aplicadas, actividad estática del sistema músculo-esquelético, entre otros [52].

El método RULA evalúa posturas individuales y no conjuntos o secuencias de posturas, por ello, es necesario seleccionar aquellas posturas que serán evaluadas de entre las que adopta el trabajador en el puesto. Se seleccionarán aquellas que, a priori, supongan una mayor carga postural bien por su duración, bien por su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra. Para ello, el primer paso consiste en la observación de las tareas que desempeña el trabajador. Se observarán varios ciclos de trabajo y se determinarán las posturas que se evaluarán. Si el ciclo es muy largo o no existen ciclos, se pueden realizar evaluaciones a intervalos regulares. En este caso se considerará, además, el tiempo que pasa el trabajador en cada postura [53].

Las mediciones a realizar sobre las posturas adoptadas por el trabajador son fundamentalmente angulares. Estas mediciones pueden realizarse directamente sobre el trabajador mediante transportadores de ángulos, electrogoniómetros, o cualquier dispositivo que permita la toma de datos angulares. También es posible emplear fotografías del trabajador adoptando la postura estudiada y medir los ángulos sobre éstas. Si se utilizan fotografías es necesario realizar un número suficiente de tomas desde diferentes puntos de vista. Es muy importante en este caso asegurarse de que los ángulos a medir aparecen en verdadera magnitud en las imágenes, es decir, que el plano en el que se encuentra el ángulo a medir es paralelo al plano de la cámara. El método debe ser aplicado al lado derecho y al lado izquierdo del cuerpo por separado. El evaluador experto puede elegir a priori el lado que aparentemente esté sometido a mayor carga postural, pero en caso de duda es preferible analizar los dos lados [53].

El método RULA divide el cuerpo en dos grupos como se indica en la Fig. 2, el grupo A conformado por los miembros superiores (brazos, antebrazos y muñecas) y el grupo B que comprende los miembros inferiores (piernas, tronco y cuello) [52].



**Fig. 2** Grupos del cuerpo [53].

Las puntuaciones globales de los Grupos A y B consideran la postura del trabajador, estas se incrementan en un punto si la actividad es básicamente estática (la postura se mantiene más de un minuto seguido) o bien si es repetitiva (se repite más de 4 veces cada minuto). Si la tarea es ocasional, poco frecuente y de corta duración, se considerará actividad dinámica y las puntuaciones no se modificarán. Por otra parte, se incrementarán las puntuaciones anteriores en función de las cargas o fuerzas ejercidas y pasarán a denominarse puntuaciones C y D respectivamente. El esquema de puntuaciones del método RULA se presenta en la Fig. 3 [53].



**Fig. 3** Esquema de puntuaciones [53].

Ésta puntuación final global para la tarea oscilará entre 1 y 7, siendo mayor cuanto más elevado sea el riesgo como se muestra en la Tabla 2 [53].

**Tabla 2.** Niveles de actuación en función de la puntuación final RULA [53].

Puntuación	Nivel	Actuación
1 o 2	1	Riesgo aceptable
3 o 4	2	Pueden requerirse cambios en la tarea; es conveniente profundizar en el estudio.
5 o 6	3	Se requiere el rediseño de la tarea
7	4	Se requieren cambios urgentes en la tarea

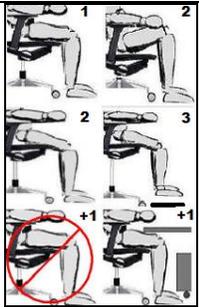
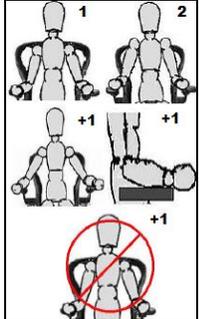
### 2.2.18. Método ROSA (Rapid Office Strain Assessment)

El método Rapid Office Strain Assessment (ROSA) en español Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas, ha sido desarrollado por Michael Sonne, actualmente estudiante de doctorado en la Universidad de McMaster en Hamilton, Ontario, Canadá, y el profesor David Andrews, Presidente de Liderazgo de Investigación, Departamento de Kinesiología de la Universidad de Windsor, Ontario, Canadá. ROSA es una herramienta de cribado basada en la orientación de imagen para la cuantificación de la exposición a factores de riesgo para los trabajadores de oficina. Una evaluación ROSA da una evaluación rápida y sistemática de los riesgos posturales a un trabajador. El análisis puede llevarse a cabo antes y después de una intervención para demostrar que la intervención ha trabajado para reducir el riesgo de lesiones [34].

El estudio se centra en la evaluación de los elementos de oficina y de la persona, a continuación, se presenta el factor de riesgo, la puntuación y la descripción gráfica:

- Características del asiento y la forma de sentarse en la silla como se muestra en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Valoración de la silla [54].

Factores de riesgo	Puntuación	Descripción gráfica
<b>Altura de la silla</b>		
Rodillas a 90°	(1)	
Silla demasiado bajo – ángulo de la rodilla menor a 90°	(2)	
Silla demasiado alto – ángulo de la rodilla mayor a 90°	(2)	
Sin contacto de los pies con el suelo	(3)	
Espacio insuficiente bajo el escritorio-habilidad para cruzar las piernas	(+1)	
Altura no es ajustable	(+1)	
<b>Profundidad del asiento</b>		
Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento ( )	(1)	
Asiento demasiado largo-menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento	(2)	
Asiento demasiado corto-más de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento	(2)	
La profundidad no es ajustable	(+1)	
<b>Apoyabrazos</b>		
Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados	(1)	
Demasiado alto (hombros recogidos) o demasiado bajo (brazos sin apoyo)	(2)	
Superficie dura o dañada	(+1)	
Demasiado ancho, apoyabrazos muy separados	(+1)	
Apoyabrazos no ajustables	(+1)	
<b>Soporte para la espalda</b>		
Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°	(1)	
Sin soporte lumbar o el soporte no está situado en la parte baja de la espalda	(2)	
Ángulo demasiado atrás (mayor a 110°) o ángulo demasiado adelante (menor a 95°)	(2)	
Sin respaldo es decir espaldar o trabajador inclinado hacia adelante	(2)	
Respaldo no ajustable	(+1)	
Mesa de trabajo muy alta	(+1)	

- Distribución y forma de usar el monitor y el teléfono como se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Valoración del monitor y teléfono [54].

Factores de riesgo	Puntuación	Descripción gráfica
<b>Monitor</b>		
Pantalla a la altura de los ojos	(1)	
Demasiado bajo (flexión del cuello)	(2)	
Demasiado alto (extensión del cuello)	(3)	
Demasiado lejos	(+1)	
Torsión del cuello	(+1)	
Resplandor en la pantalla	(+1)	
No hay soporte para documentos	(+1)	
<b>Teléfono</b>		
Auriculares/una mano en el teléfono y la postura del cuello neutral	(1)	
Demasiado lejos de su alcance (fuera de 30 cm)	(2)	
Retener teléfono entre el cuello y el hombro	(+2)	
No hay opción de manos libres	(+1)	

- Distribución y la forma de utilización de los periféricos, teclado y ratón como se muestra en la Tabla 5.

**Tabla 5.** Valoración del ratón y teclado [54].

Factores de riesgo	Puntuación	Descripción gráfica
<b>Ratón</b>		
Ratón en línea con el hombro	(1)	
Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo	(2)	
El teclado y el ratón se encuentran en diferentes superficies a distintas alturas	(+2)	
Agarre en pinza del ratón, es pequeño o no permite estirar la mano	(+1)	
Reposa manos delante del ratón	(+1)	

**Tabla 5.** Valoración del ratón y teclado (continuación) [54].

Teclado		
Muñecas rectas, hombros relajados	(1)	
Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°	(2)	
Desviación mientras escribe	(+1)	
Teclado demasiado alto, hombros encogidos	(+1)	
Alanzar objetos arriba de la cabeza	(+1)	
Plataforma de teclado no ajustable	(+1)	

- Duración de la exposición a los elementos de oficina mencionados anteriormente, como se muestra en la Tabla 6, el tiempo de duración modifica la puntuación, aumentándola, manteniéndola o disminuyéndola según sea el caso.

**Tabla 6.** Nivel de riesgo ROSA [54].

Tiempo de duración	Puntaje
>1h continua >4h/día	+1
>30min < 60min continuos	0
>1h/día < 4h/día	0
< 30min continuos < 60min/día	-1

En función de los datos obtenidos durante la observación de las posturas se determina el nivel de riesgo como se indica en la Tabla 7.

**Tabla 7.** Nivel de riesgo ROSA [54].

Puntuación ROSA	Nivel de riesgo
1-2	Inapreciable
3-4	Bajo
5-6	Medio
7-8	Alto
9-10	Muy alto

Además, el método precisa dos posibles niveles de actuación en función de la puntuación ROSA:

- Las puntuaciones entre 1 y 4 no precisan intervención inmediata.
- Las puntuaciones mayores de 5 se consideran de alto riesgo y el puesto debe ser evaluado cuanto antes [54].

### **2.3. Propuesta de solución**

El trabajo de investigación propone el análisis postural del personal administrativo que hacen uso de equipos de cómputo por periodos de tiempo extensos en el G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí, determinando la condición de trabajo a la que se encuentra expuesto el personal y el nivel de riesgo que esto conlleva, relacionando las posturas de trabajo y su influencia en la generación de sintomatología de dolor músculo esquelético en los trabajadores.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Modalidad de investigación**

La investigación es de tipo aplicada ya que se utilizan los conocimientos de Salud y Seguridad Ocupacional impartidos en la carrera de Ingeniería Industrial en Procesos de Automatización y con ello se planea identificar el riesgo de padecer sintomatología de dolor músculo esquelético en el personal administrativo del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí.

##### **3.1.1. Investigación bibliográfica - documental**

Es bibliográfica - documental debido a que se examina información existente sobre el tema en fuentes como libros, artículos científicos, revistas, internet, con la premisa de conocer contribuciones sobre el tema para la sustentación del proyecto investigativo.

##### **3.1.2. Investigación de campo**

La investigación es de campo ya que es un estudio sistemático de los sucesos en el lugar en que ocurren a través del contacto directo del investigador con la realidad, tiene como finalidad recolectar y registrar información confiable pertinente al tema de estudio, la investigación tienen un enfoque cuantitativo debido a que se valora las posturas de las personas respecto a los elementos de oficina.

#### **3.2. Población y muestra**

La investigación en el G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí analiza los puestos de trabajo del personal administrativo que labora con equipo de cómputo, considerando un total de 41 trabajadores de campo para la evaluación postural como se indica en la Tabla 8. En

esta investigación se relaciona el trabajo postural y su incidencia en las manifestaciones músculo-esqueléticas para lo cual se analiza toda la población.

**Tabla 8.** Personal del área Administrativa

<b>Departamentos</b>	<b>Denominación</b>	<b>#</b>
Dirección de desarrollo social	Directora de desarrollo social	1
	Analista senior de proyectos	2
	Asistente de servicio social	1
	Asistente administrativa	1
Dirección administrativa	Coordinador administrativo	1
	Especialista de seguridad y salud ocupacional	1
	Analista senior de talento humano	4
	Asistente administrativa	1
	Analista de compras públicas	1
Obras públicas	Especialista de fiscalización	2
Dirección de planificación	Líder de gestión urbana	1
	Especialista en aprobación de planos	1
	Especialista en planificación territorial	1
	Analista de diseño urbano	1
	Analista senior de avalúos y catastros	1
	Inspector de avalúos y catastros	1
	Asistente de avalúos y catastros	2
	Asistente de dirección de planificación	1
Dirección financiera	Líder de contabilidad	1
	Analista senior de presupuestos	1
	Contador	1
	Auxiliar contable	1
	Asistente administrativa	1
	Asistente de tesorería	1
	Asistente de rentas	2
	Analista junior contable	1
	Analista junior financiero	1
Gestión ambiental	Veterinario	1
	Asistente administrativo	1
Registro de la propiedad	Asistente administrativa	1
	Digitadora	1
	Oficial de cumplimiento	1
	Analista junior de registro de la propiedad	2

### **3.3. Recolección de información**

#### **3.3.1. Información demográfica y actividades de servidores públicos e identificación de puestos de trabajo del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí**

La recolección de la información se efectúa en los lugares de trabajo de las oficinas administrativas del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí, en la ficha de datos y actividades que se presenta en el Anexo 01, se detalla el departamento, cargo y actividad del empleado, información utilizada para identificar los puestos de trabajo existente; además en la ficha menciona las tareas que realiza en el puesto de trabajo, se recoge datos demográficos como edad, sexo, etnia, idioma, estado civil, nivel de instrucción, nivel económico del trabajador y se describe los elementos que utiliza para realizar sus actividades diarias.

#### **3.3.2. Atributos y condiciones de trabajo**

La recolección de la información se realiza en los lugares de trabajo de las oficinas administrativas del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí en la ficha de atributos y condiciones de trabajo que se presenta en el Anexo 02. Aquí se detallan las condiciones del mobiliario, los periféricos, el teléfono y la iluminación.

#### **3.3.3. Flujograma de decisión para la selección de la metodología de evaluación postural**

Actualmente existen diversas metodologías para la evaluación de riesgos ergonómicos, el método NIOSH, método GINSHT y las Tablas de SNOOK Y CIRIELO para las tareas en las que implica la manipulación manual de cargas, como levantamiento, transporte manual, empuje, arrastre. El método OCRA, método JSI y el Check List OCRA para actividades en las que implica que el trabajador realice movimientos repetitivos y de alta frecuencia. El método ERP, OWAS, REBA, RULA y método ROSA para actividades en la que existe carga postural. En la Fig. 4, se presenta un flujograma de decisión para seleccionar una metodología acorde a la actividad evaluada.

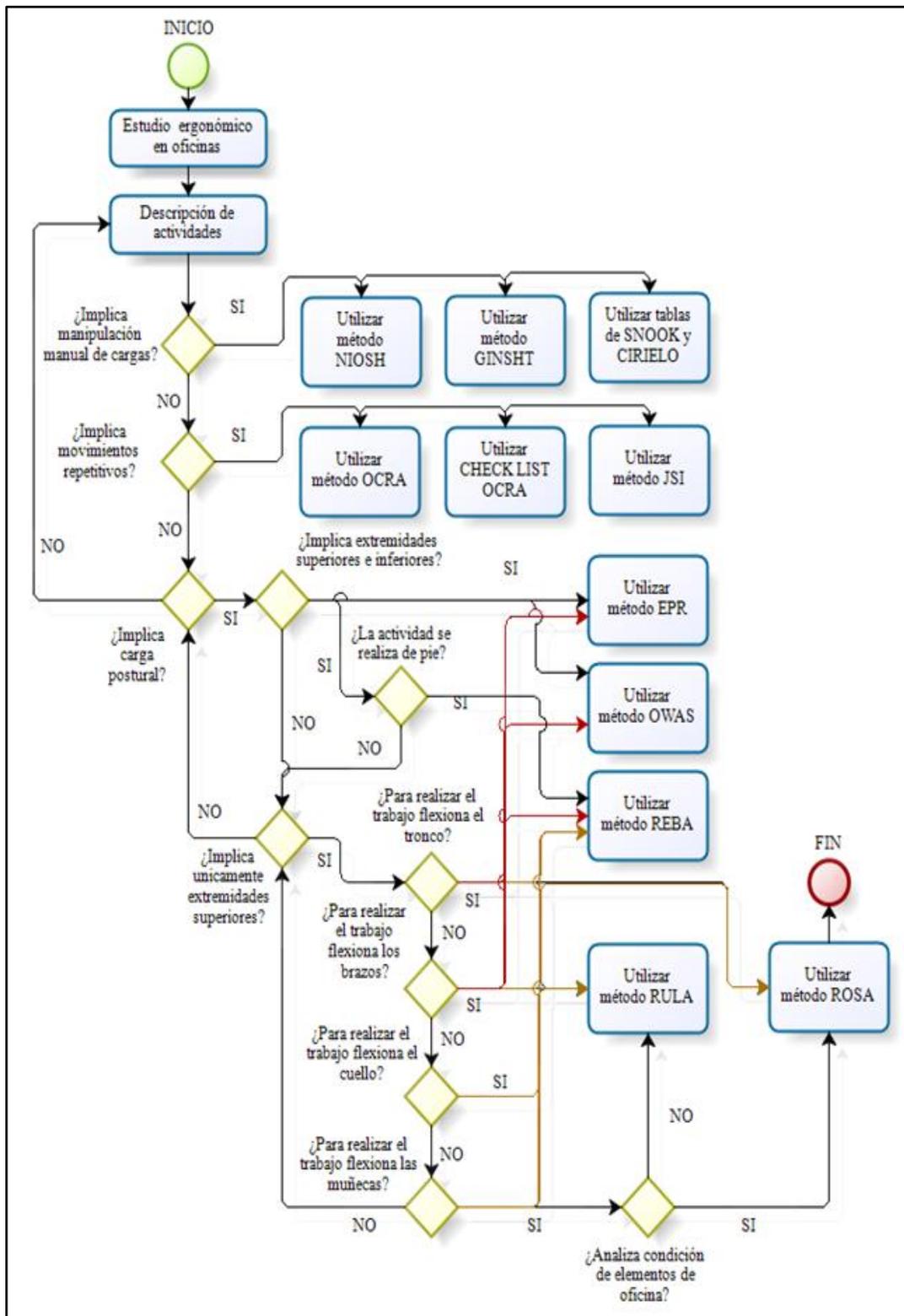


Fig. 4 Flujoograma de decisión

Se selecciona ROSA porque es una herramienta de evaluación de riesgos posturales y además evalúa las condiciones de los elementos de oficina como la silla, la mesa, el ratón, el teclado y el monitor [34], el análisis con este método se ha realizado en investigaciones como la evaluación ergonómica basada en fotografías para evaluar los factores de riesgo del trastorno músculo esquelético en las estaciones de trabajo con computadora [55], en el desarrollo y evaluación de una lista de verificación de riesgo ergonómico de la oficina para cuantificar rápidamente los riesgos asociados con el trabajo de la computadora y establecer un nivel de acción para el cambio en función de los informes de incomodidad del trabajador [54], en la evaluación ergonómica de lugares de trabajo de oficina para determinar la presencia de factores de riesgo para trastornos músculo esquelético relacionado con el trabajo en una oficina [56], en la evaluación de los factores de riesgo de los trastornos músculo esqueléticos y su relación con la carga de trabajo en empleados de Call Center en Sanandaj [57].

### 3.3.4. Procedimiento de evaluación con el método ROSA

La evaluación postural para trabajadores de oficina se realiza aplicando el procedimiento que se presenta a continuación.

	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ	Versión	01
	<b>PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN MÉTODO ROSA</b>	Página	01

<b>1. OBJETIVO</b>
Evaluar las posturas de trabajo adoptadas por el personal administrativo del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí mediante la aplicación del método ROSA (Rapid Office Strain Assessment, en español Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas).
<b>2. ALCANCE</b>
La evaluación se efectúa a todos los empleados de oficina con terminales de visualización del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí.

ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

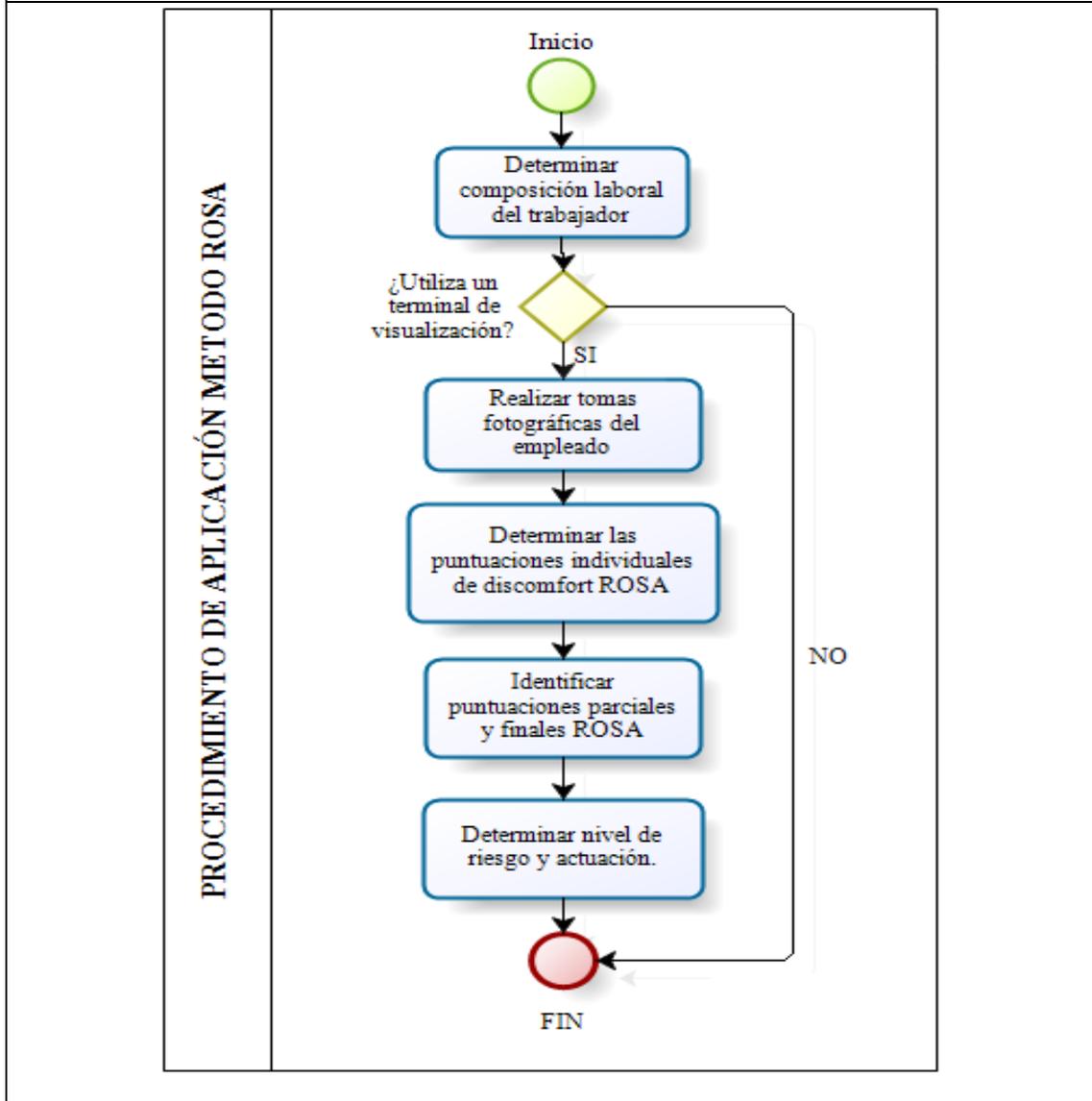
	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ	Versión	01
	<b>PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN MÉTODO ROSA</b>	Página	02

<b>3. DEFINICIONES</b>
<p><b>Plano Transversal.</b> También conocido como plano horizontal, atraviesa el cuerpo horizontalmente dividiendo el cuerpo en dos segmentos, uno arriba y otro abajo.</p> <p><b>Terminal de visualización.</b> Es un aparato que genera imágenes, formadas por puntos o rayas en una pantalla fluorescente, producidas por la acción de un haz de rayos catódicos originado en el interior del tubo correspondiente. Generalmente los datos se ofrecen mediante caracteres alfanuméricos y símbolos.</p> <p><b>Postura.</b> Es la relación de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo y su correlación entre la situación de las extremidades con respecto al tronco y viceversa.</p> <p><b>ROSA.</b> Rapid Office Strain Assessment, en español Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas es un método de evaluación ergonómica creado explícitamente para trabajadores de oficina que utilizan un terminal de visualización.</p> <p><b>Composición laboral.</b> Elementos de trabajo y tiempo de utilización.</p> <p><b>Discomfort.</b> Sensación física de indisposición y molestia general e imprecisa.</p> <p><b>Plano Sagital.</b> También llamado plano anteroposterior pasa desde el frente hasta la espalda del cuerpo, creando un lado izquierdo y un lado derecho del cuerpo.</p> <p><b>Plano Coronal.</b> También conocido como plano frontal, atraviesa el cuerpo de un lado a otro creando un lado adelante y un lado atrás.</p>
<b>4. RESPONSABLES</b>
<p><b>Investigador.</b> Encargado de recolectar información de cada uno de los empleados administrativos, analizar los datos e interpretar los resultados para determinar el nivel de riesgo al que está expuesto el trabajador.</p> <p><b>Especialista de seguridad y salud ocupacional.</b> Informa al personal administrativo acerca del estudio en marcha y los beneficios que se obtienen por el mismo.</p>
<b>5. EQUIPOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cámara fotográfica</li> <li>• Computadora</li> </ul>

ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



### 6. DIAGRAMA DE FLUJO



ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ	Versión	01
	<b>PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN MÉTODO ROSA</b>	Página	04

<b>7. DESCRIPCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar composición laboral del trabajador describiendo actividades laborales, elementos utilizados en el puesto de trabajo y tiempo de duración de los mismos.</li> <li>• Identificar si el trabajador utiliza una computadora o terminal de visualización para continuar con la evaluación ROSA.</li> <li>• Realizar cinco tomas fotográficas con mínimo dos ángulos de visión, pudiendo ser sagital, coronal o transversal, incluyendo en ellas información visual de todas las características de la estación de trabajo.</li> <li>• Determinar las puntuaciones individuales de discomfort ROSA durante el uso de los elementos del puesto de trabajo.</li> <li>• Identificar las puntuaciones parciales y finales mediante las tablas del método ROSA.</li> <li>• Determinar el nivel de riesgo y actuación mediante el puntaje final ROSA.</li> </ul>
<b>8. REFERENCIAS</b>
<p>Michael Sonne, Dino Villalta, and David Andrews, "Development and evaluation of an office ergonomic risk checklist: ROSA e Rapid office strain assessment," <i>Applied Ergonomics</i>, vol. 43, pp. 98-108, 2012.</p> <p>Liebregts Sonne and J Potvin, "Photograph-based ergonomic evaluations using the Rapid Office Strain Assessment (ROSA)," <i>Applied Ergonomics</i>, vol. 52, pp. 317-324, 2016.</p>

<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

### 3.3.5. Protocolo de evaluación con el método ROSA

El protocolo presentado a continuación detalla paso a paso la metodología a seguir para realizar la evaluación ROSA.



G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ  
**PROTOCOLO DE APLICACIÓN**  
**MÉTODO ROSA**

Versión 01  
 Página 01

**Objetivo:** Establecer la metodología de aplicación para el método de evaluación rápida de posturas ROSA dirigida al personal administrativo del GAD Municipal del Cantón Pujilí.

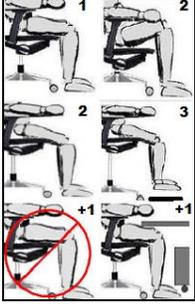
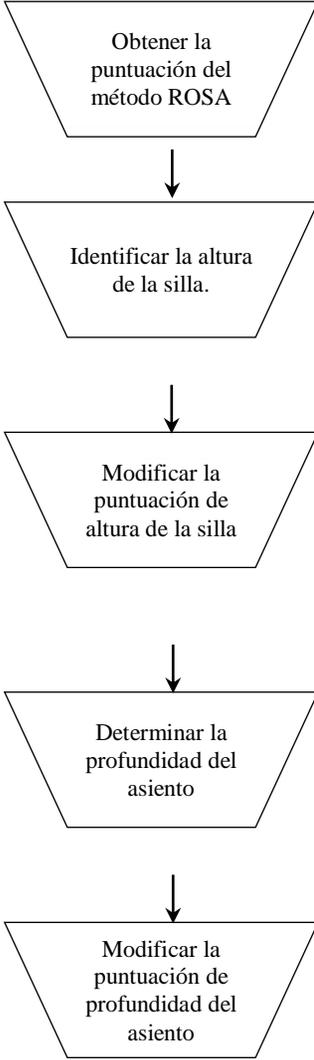
CONDICIONES DE EVALUACIÓN	PASOS	DESCRIPCIÓN	PARÁMETROS DE CONTROL
<p><b>Entrevista con el trabajador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación.</li> <li>• Dar información de la investigación.</li> <li>• Describir actividades.</li> <li>• Consultar tiempo de duración de las actividades.</li> </ul> <p><b>Área de trabajo</b></p>  <p><b>Fig. 5 Oficina [58].</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El área de trabajo de una oficina generalmente dispone de una silla, un escritorio, una computadora y ocasionalmente un teléfono.</li> </ul> <p><b>Posturas</b></p>  <p><b>Fig. 6 Postura correcta [59].</b></p>	<p>Presentación con el trabajador</p> <p>↓</p> <p>Identificar el área de trabajo del empleado a ser evaluado.</p> <p>↓</p> <p>Considerar tiempo de duración de actividades.</p> <p>↓</p> <p>Identificar las posturas más significativas</p> <p>↓</p> <p>Tomar fotografías de las posturas.</p>	<p>Saludar cordialmente al trabajador, informar sobre la investigación a realizar.</p> <p>Describir actividades y elementos utilizados para desenvolvimiento laboral.</p> <p>Entrevistar al trabajador acerca del tiempo que interactúa con el ordenador y el teléfono.</p> <p>Observar al trabajador e identificar las posturas que adopta mientras ejecuta sus actividades.</p> <p>Realizar cinco tomas fotográficas con mínimo dos ángulos de visión, pudiendo ser sagital, coronal o transversal</p>	<p>No interferir en las actividades del trabajador.</p> <p>Enlistar todos los elementos que se encuentren en la oficina.</p> <p>Verificar los tiempos de la actividad.</p> <p>Seleccionar las posiciones que supongan mayor carga postural.</p> <p>Incluir en las fotografías información visual de las características de la estación de trabajo.</p>

ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ  
**PROTOCOLO DE APLICACIÓN**  
**MÉTODO ROSA**

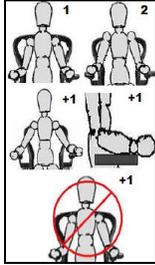
Versión 01  
 Página 02

<p><b>MÉTODO ROSA</b></p> <p><b>Altura de la silla</b></p>  <p><b>Fig. 7</b> Altura de la silla [54].</p> <table border="1" data-bbox="305 926 638 1024"> <tr><td>Rodillas a 90°</td><td>(1)</td></tr> <tr><td>Silla demasiado bajo – ángulo de la rodilla menor a 90°</td><td>(2)</td></tr> <tr><td>Silla demasiado alto – ángulo de la rodilla mayor a 90°</td><td>(2)</td></tr> <tr><td>Sin contacto de los pies con el suelo</td><td>(3)</td></tr> <tr><td>Espacio insuficiente bajo el escritorio</td><td>(+1)</td></tr> <tr><td>Altura no es ajustable</td><td>(+1)</td></tr> </table> <p><b>Tabla 9.</b> Puntuación de la silla [54].</p> <p><b>Profundidad del asiento</b></p>  <p><b>Fig. 8</b> Profundidad de la silla [54].</p> <table border="1" data-bbox="305 1486 638 1598"> <tr><td>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</td><td>(1)</td></tr> <tr><td>Asiento demasiado largo – menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</td><td>(2)</td></tr> <tr><td>Asiento demasiado corto – más de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</td><td>(2)</td></tr> <tr><td>La profundidad no es ajustable</td><td>(+1)</td></tr> </table> <p><b>Tabla 10.</b> Puntuación de la profundidad [54].</p>	Rodillas a 90°	(1)	Silla demasiado bajo – ángulo de la rodilla menor a 90°	(2)	Silla demasiado alto – ángulo de la rodilla mayor a 90°	(2)	Sin contacto de los pies con el suelo	(3)	Espacio insuficiente bajo el escritorio	(+1)	Altura no es ajustable	(+1)	Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento	(1)	Asiento demasiado largo – menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento	(2)	Asiento demasiado corto – más de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento	(2)	La profundidad no es ajustable	(+1)		<p>El método divide su evaluación en puntuaciones de silla, apoyabrazos, soporte de espalda, monitor, teléfono, ratón y teclado.</p> <p>La postura sentada neutral para un individuo consiste en doblar las rodillas aproximadamente a 90° con los pies planos en el suelo</p> <p>La puntuación aumenta si existe alguna ocurrencia detallada en la Fig.7 y Tabla 9.</p> <p>La bandeja del asiento debe contar aprox. de 5 a 7 cm de espacio entre la parte posterior de la rodilla y el borde de la silla.</p> <p>La puntuación aumenta si existe alguna ocurrencia detallada en la Fig. 8 y Tabla 10.</p>	<p>Si no cuenta con teléfono fijo, analizar la postura adoptada con el celular.</p> <p>Verificar visualmente los datos necesarios por restricción de espacio para fotografías.</p>
Rodillas a 90°	(1)																						
Silla demasiado bajo – ángulo de la rodilla menor a 90°	(2)																						
Silla demasiado alto – ángulo de la rodilla mayor a 90°	(2)																						
Sin contacto de los pies con el suelo	(3)																						
Espacio insuficiente bajo el escritorio	(+1)																						
Altura no es ajustable	(+1)																						
Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento	(1)																						
Asiento demasiado largo – menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento	(2)																						
Asiento demasiado corto – más de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento	(2)																						
La profundidad no es ajustable	(+1)																						

<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



**Apoyabrazos**



**Fig. 9** Apoyabrazos [54].

Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados	(1)
Demasiado alto (hombros recogidos) o demasiado bajo (brazos sin apoyo)	(2)
Superficie dura o dañada	(+1)
Demasiado ancho, apoyabrazos muy separados	(+1)
Apoyabrazos no ajustables	(+1)

**Tabla 11.** Puntuación de apoyabrazos [54].

**Soporte para la espalda**



**Fig. 10** Soporte espalda [54].

Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°	(1)
Sin soporte lumbar o el soporte no está situado en la parte baja de la espalda	(2)
Ángulo demasiado atrás (mayor a 110°) o ángulo demasiado adelante (menor a 95°)	(2)
Sin respaldo es decir espaldar o trabajador inclinado hacia adelante	(2)
Respaldo no ajustable	(+1)
Mesa de trabajo muy alta	(+1)

**Tabla 12.** Puntuación del soporte [54].

Obtener la puntuación del apoyabrazos

Modificar la puntuación del apoyabrazos

Evaluar el soporte de la espalda

Modificar la puntuación del soporte de la espalda

Los apoyabrazos deben colocarse de modo que los codos estén a 90° y los hombros estén en una posición relajada

Verificar la puntuación del brazo mediante toma fotográfica sagital y medición del ángulo.

La puntuación aumenta si existe alguna ocurrencia detallada en la Fig. 9 y Tabla 11.

Verificar la modificación mediante observación directa y toma fotográfica coronal.

El soporte lumbar se debe ajustar para que quepa en la parte baja de la espalda para mantener la curva natural de la columna lumbar

Verificar la postura mediante toma fotográfica sagital

La puntuación aumenta si existe alguna ocurrencia detallada en la Fig. 10 y Tabla 12.

Verificar la modificación mediante observación directa y toma fotográfica sagital

**ELABORADO**

Lenin Caicedo

**REVISADO**

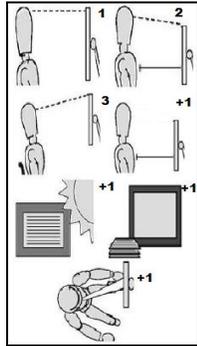
Ing. Luis Morales

**AUTORIZADO**

Psic. I. Carlos Heredia



**Monitor**

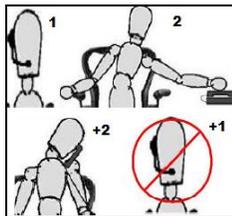


**Fig. 11 Monitor [54].**

Pantalla a la altura de los ojos	(1)
Demasiado bajo (flexión del cuello)	(2)
Demasiado alto (extensión del cuello)	(3)
Demasiado lejos	(+1)
Torsión del cuello	(+1)
Resplandor en la pantalla	(+1)
No hay soporte para documentos	(+1)

**Tabla 13. Puntuación monitor [54].**

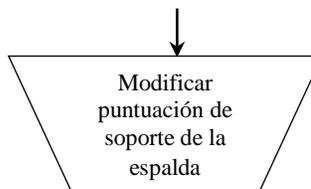
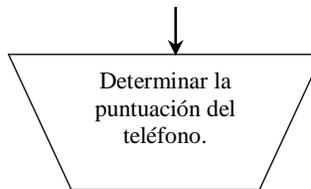
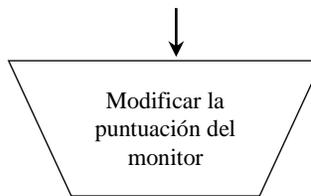
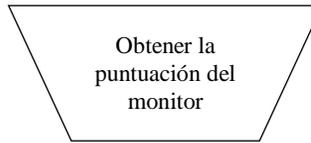
**Teléfono**



**Fig. 12 Teléfono [54].**

Auriculares/una mano en el teléfono y la postura del cuello neutral	(1)
Demasiado lejos de su alcance (fuera de 30 cm)	(2)
Retener teléfono entre el cuello y el hombro	(+2)
No hay opción de manos libres	(+1)

**Tabla 14. Puntuación teléfono [54].**



El monitor debe colocarse entre 40 cm y 75 cm del usuario.

La puntuación aumenta si existe alguna ocurrencia detallada en la Fig. 11 y Tabla 13.

El teléfono debe colocarse a 30 cm del trabajador para evitar un alcance extenso, evitar contracción estática para sujetar el auricular del teléfono entre el cuello y el hombro, usar preferentemente manos libres.

La puntuación aumenta si existe alguna ocurrencia detallada en la Fig. 12 y Tabla 14.

Colocar el monitor a la distancia de un brazo para verificar adecuado espacio entre trabajador y terminal de visualización.

Verificar la modificación mediante observación directa y toma fotográfica sagital y transversal.

Verificar mediante distancia del brazo.

Verificar la modificación mediante toma fotográfica coronal.

ELABORADO

Lenin Caicedo

REVISADO

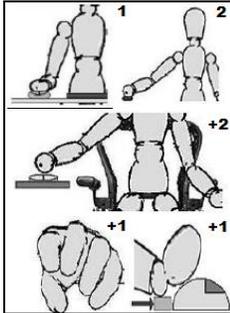
Ing. Luis Morales

AUTORIZADO

Psic. I. Carlos Heredia



**Ratón**

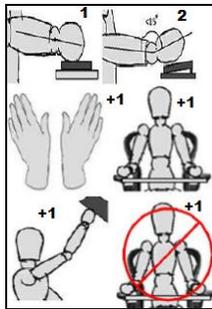


**Fig. 13 Ratón [54].**

Ratón en línea con el hombro	(1)
Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo	(2)
El teclado y el ratón se encuentran en diferentes superficies a distintas alturas	(+2)
Agarre en pinza del ratón, es pequeño o no permite estirar la mano	(+1)
Reposa manos delante del ratón	(+1)

**Tabla 15. Puntuación ratón [54].**

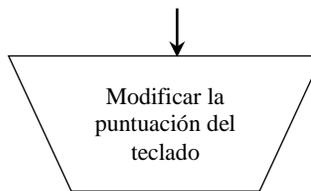
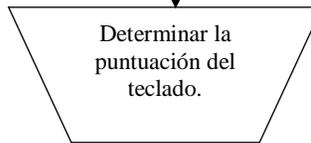
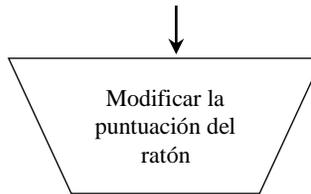
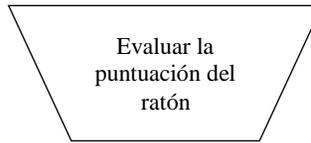
**Teclado**



**Fig. 14 Teclado [54].**

Muñecas rectas, hombros relajados	(1)
Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°	(2)
Desviación mientras escribe	(+1)
Teclado demasiado alto, hombros encogidos	(+1)
Alanzar objetos arriba de la cabeza	(+1)
Plataforma de teclado no ajustable	(+1)

**Tabla 16. Puntuación teclado [54].**



El ratón debe colocarse de manera que esté en línea recta con el hombro. El ratón debe colocarse en el mismo nivel que el teclado para mantener el hombro relajado.

La puntuación aumenta si existe alguna ocurrencia detallada en la Fig. 13 y Tabla 15.

La colocación del teclado debería permitirle al trabajador usar el teclado con los codos doblados aproximadamente a 90° y los hombros en una posición relajada, las muñecas también deberían estar rectas.

La puntuación aumenta si existe alguna ocurrencia detallada en la Fig. 14 y Tabla 16.

Verificar la postura mediante toma fotográfica coronal.

Verificar la modificación mediante toma fotográfica sagital y observación directa.

Verificar la postura mediante toma fotográfica sagital.

Verificar la modificación mediante toma fotográfica transversal, coronal y observación directa.

<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



**Modificación de puntuación parcial**

Tiempo de duración	Puntaje
>1h continua > 4h/día	+1
>30min < 60min continuos	0
> 1h/día < 4h/día	0
< 30 min continuos < 60 min /día	-1

**Tabla 17.** Modificación de puntuación [54].

**Puntuación de la Sección A**

Sección A		Apoyabrazos y soporte posterior							
		2	3	4	5	6	7	8	9
Altura y profundidad del asiento	2	2	2	3	4	5	6	7	8
	3	2	2	3	4	5	6	7	8
	4	3	3	3	4	5	6	7	8
	5	4	4	4	4	5	6	7	8
	6	5	5	5	5	6	7	8	9
	7	6	6	6	7	7	8	8	9
	8	7	7	7	8	8	9	9	9
	9	8	8	8	9	9	9	9	9

**Tabla 18.** Sección A [54].

**Puntuación de la sección B**

Sección B		Monitor							
		0	1	2	3	4	5	6	7
Teléfono	0	1	1	1	2	3	4	5	6
	1	1	1	2	2	3	4	5	6
	2	1	2	2	3	3	4	6	7
	3	2	2	3	3	4	5	6	8
	4	3	3	4	4	5	6	7	8
	5	4	4	5	5	6	7	8	9
	6	5	5	6	7	8	8	9	9

**Tabla 19.** Sección B [54].

**Puntuación de la sección C**

Sección C		Teclado							
		0	1	2	3	4	5	6	7
Ratón	0	1	1	1	2	3	4	5	6
	1	1	1	2	3	4	5	6	7
	2	1	2	2	3	4	5	6	7
	3	2	3	3	3	5	6	7	8
	4	3	4	4	5	5	6	7	8
	5	4	5	5	6	6	7	8	9
	6	5	6	6	7	7	8	8	9
	7	6	7	7	8	8	9	9	9

**Tabla 20.** Sección C [54].

**Puntuación de la sección B&C**

B&C		Ratón y teclado								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Monitor y teléfono	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	2	2	2	3	4	5	6	7	8	9
	3	3	3	3	4	5	6	7	8	9
	4	4	4	4	4	5	6	7	8	9
	5	5	5	5	5	5	6	7	8	9
	6	6	6	6	6	6	6	7	8	9
	7	7	7	7	7	7	7	7	8	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

**Tabla 21.** Sección B&C [54].

Modificar puntuaciones parciales

Obtener la puntuación de la sección A

Determinar la puntuación de la sección B.

Determinar la puntuación de la sección C.

Determinar la puntuación del monitor y periféricos.

Para cada sección de ROSA, el puntaje del área está influenciado por un puntaje de duración.

Para obtener la puntuación de la sección A se empleará la Tabla 18.

Para obtener la puntuación de la sección B se empleará la Tabla 19.

Para obtener la puntuación de la sección C se empleará la Tabla 20.

Para obtener la puntuación de la sección B&C (monitor y periféricos) se empleará la Tabla 21.

Modificar las puntuaciones parciales basándose en la Tabla 17.

Sumar la puntuación de la altura y profundidad de la silla y dirigirse a la columna izquierda de la Tabla 18, de igual manera sumar la puntuación del apoyabrazos y soporte posterior y dirigirse a la fila superior de la Tabla 18.

Revisar la puntuación obtenida

ELABORADO

Lenin Caicedo

REVISADO

Ing. Luis Morales

AUTORIZADO

Psic. I. Carlos Heredia

	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ		Versión	01	
	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN MÉTODO ROSA</b>			Página	07

<p style="text-align: center;"><b>Puntuación de Silla y B&amp;C</b></p> <table border="1" style="font-size: small;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #f2f2f2;">Silla-B&amp;C</th> <th colspan="10" style="background-color: #f2f2f2;">Periféricos y monitor</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td rowspan="10" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Silla</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td><td>10</td></tr> </tbody> </table> <p><b>Tabla 22.</b> Silla y B&amp;C [54]. <b>Nivel de riesgo y actuación</b></p> <table border="1" style="font-size: small;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9ead3;">Puntos ROSA</th> <th style="background-color: #d9ead3;">Nivel de riesgo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="background-color: #d9ead3;">1 - 2</td><td style="background-color: #d9ead3;">Inapreciable</td></tr> <tr><td style="background-color: #d9ead3;">3 - 4</td><td style="background-color: #d9ead3;">Bajo</td></tr> <tr><td style="background-color: #d9ead3;">5 - 6</td><td style="background-color: #d9ead3;">Medio</td></tr> <tr><td style="background-color: #d9ead3;">7 - 8</td><td style="background-color: #d9ead3;">Alto</td></tr> <tr><td style="background-color: #d9ead3;">9 - 10</td><td style="background-color: #d9ead3;">Muy alto</td></tr> </tbody> </table> <p><b>Tabla 23.</b> Nivel de riesgo [54].</p> <table border="1" style="font-size: small;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9ead3;">Puntuación</th> <th style="background-color: #d9ead3;">Actuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #d9ead3;">1- 4</td> <td style="background-color: #d9ead3;">No se requiere una evaluación de inmediato</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d9ead3;">5 - 10</td> <td style="background-color: #d9ead3;">Se requiere una evaluación adicional tan pronto como sea posible</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Tabla 24.</b> Nivel de actuación [54].</p>	Silla-B&C		Periféricos y monitor												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Silla	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	2	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	3	3	3	3	4	5	6	7	8	9	10	4	4	4	4	4	5	6	7	8	9	10	5	5	5	5	5	6	7	8	9	10		6	6	6	6	6	6	7	8	9	10		7	7	7	7	7	7	7	7	8	9	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	Puntos ROSA	Nivel de riesgo	1 - 2	Inapreciable	3 - 4	Bajo	5 - 6	Medio	7 - 8	Alto	9 - 10	Muy alto	Puntuación	Actuación	1- 4	No se requiere una evaluación de inmediato	5 - 10	Se requiere una evaluación adicional tan pronto como sea posible	<p>Determinar la puntuación final del método ROSA</p> <p style="font-size: 2em;">↓</p> <p>Identificar el nivel de riesgo</p>	<p>Para obtener la puntuación final ROSA se empleará la Tabla 22.</p> <p>El método ROSA clasifica las puntuaciones como se muestra en la Tabla 23 y Tabla 24.</p>	<p>Revisar la puntuación obtenida y determinar el nivel de riesgo y de actuación.</p> <p>Interpretar resultados</p>
Silla-B&C		Periféricos y monitor																																																																																																																																																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																				
Silla	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																				
	2	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																				
	3	3	3	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																				
	4	4	4	4	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																				
	5	5	5	5	5	6	7	8	9	10																																																																																																																																																					
	6	6	6	6	6	6	7	8	9	10																																																																																																																																																					
	7	7	7	7	7	7	7	7	8	9	10																																																																																																																																																				
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	10																																																																																																																																																			
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10																																																																																																																																																			
	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10																																																																																																																																																			
Puntos ROSA	Nivel de riesgo																																																																																																																																																														
1 - 2	Inapreciable																																																																																																																																																														
3 - 4	Bajo																																																																																																																																																														
5 - 6	Medio																																																																																																																																																														
7 - 8	Alto																																																																																																																																																														
9 - 10	Muy alto																																																																																																																																																														
Puntuación	Actuación																																																																																																																																																														
1- 4	No se requiere una evaluación de inmediato																																																																																																																																																														
5 - 10	Se requiere una evaluación adicional tan pronto como sea posible																																																																																																																																																														

<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

### 3.3.6. Recolección de fotografías para el método ROSA

Para la recolección de fotografías de las posturas de los empleados se utiliza una cámara Samsung de 13 Mega píxeles y apertura f 1.9, una ficha para la evaluación de carga postural por el método ROSA mostrada en el Anexo 03, además se cuenta con una hoja de campo presentada en el Anexo 04.

La evaluación del método ROSA clasifica según la puntuación final obtenida el nivel de riesgo en inapreciable, bajo, medio, alto y muy alto, y en el nivel de actuación, indicando que no se requiere de una evaluación inmediatamente cuando la puntuación es de uno a cuatro, pero si esta es mayor o igual que cinco o como máximo diez, se

requiere una evaluación adicional tan pronto como sea posible, por tal razón se evalúa en dichos casos mediante un método que estudie las posturas de trabajo con mayor detalle.

### 3.3.7. Procedimiento de evaluación con el método RULA

La evaluación postural con el método RULA se realizará si en los niveles de actuación de la metodología ROSA se requiere de una evaluación adicional, se elige la metodología RULA porque ésta evalúa detalladamente cada parte del cuerpo, se realizará la evaluación aplicando el procedimiento que se presenta a continuación.

	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ	Versión	01
	<b>PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN MÉTODO RULA</b>	Página	01

<b>1. OBJETIVO</b>
Evaluar las posturas de trabajo adoptadas por el personal administrativo del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí mediante la aplicación del método RULA (Rapid Upper Limb Assessment, en español Valoración Rápida de los Miembros Superiores).
<b>2. ALCANCE</b>
La evaluación se efectúa a los empleados de oficina con terminales de visualización del G.A.D. Municipal del Cantón Pujilí que se expongan a un nivel de riesgo mayor o igual a 5 especificado por el método ROSA (Rapid Office Strain Assessment, en español Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas).
<b>3. DEFINICIONES</b>
<b>RULA.</b> Rapid Upper Limb Assessment, en español Valoración Rápida de los Miembros Superiores. <b>Ciclos de trabajo.</b> Serie de acciones que suceden en el mismo orden y que al llegar a una fase de la actividad vuelven a repetirse. <b>Intervalos regulares.</b> Espacios similares que hay de un tiempo a otro. <b>Carga postural.</b> Cuando una o más articulaciones se encuentran en una posición alejada de la posición neutral.

ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

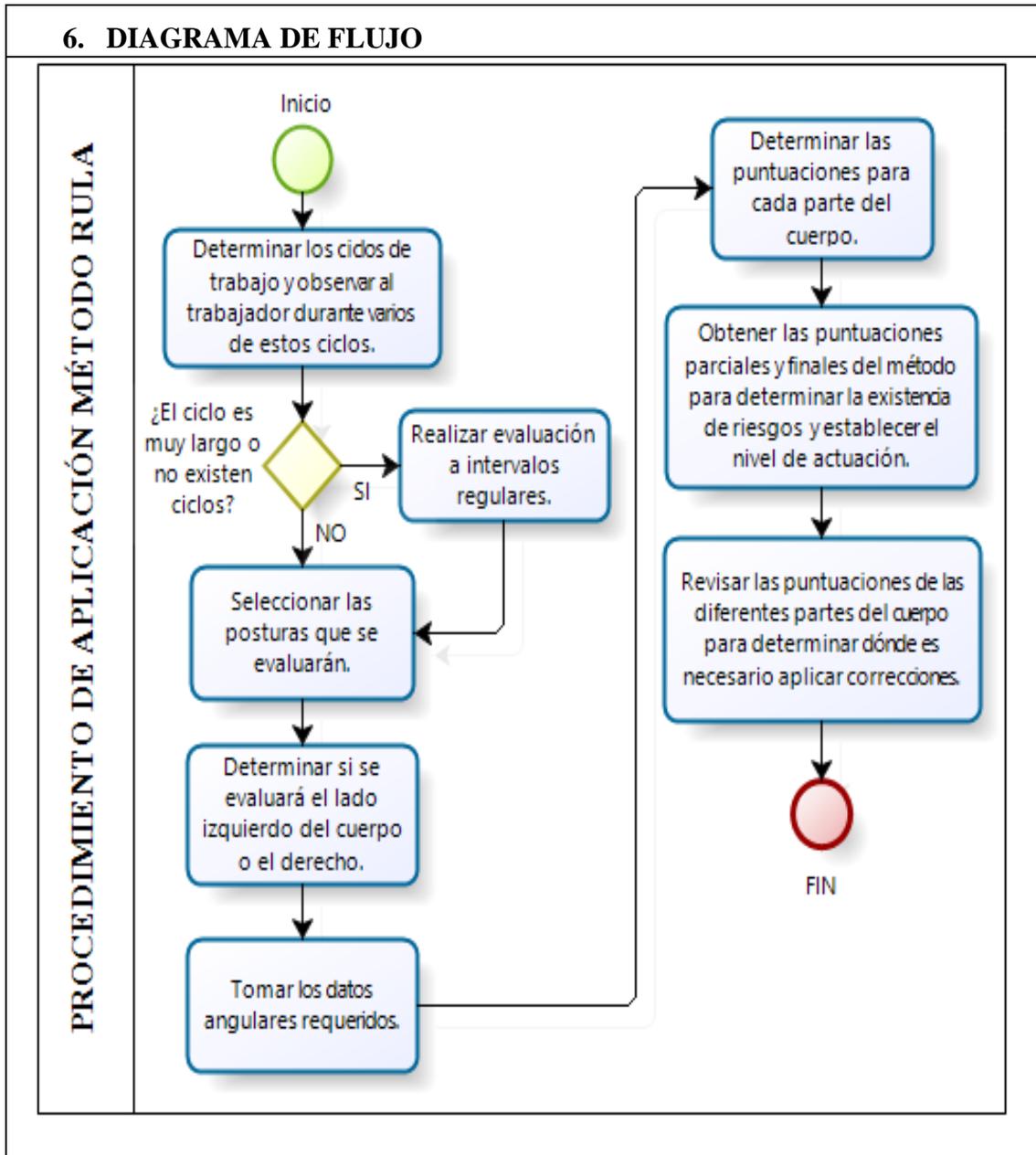
	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ	Versión	01
	<b>PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN MÉTODO RULA</b>	Página	02

<p><b>Posición neutra.</b> Es la posición de referencia utilizada para definir los distintos planos y ejes corporales que nos sirven para poder medir el movimiento articular de la mayoría de las articulaciones.</p> <p><b>Plano Sagital.</b> También llamado plano anteroposterior pasa desde el frente hasta la espalda del cuerpo, creando un lado izquierdo y un lado derecho del cuerpo.</p> <p><b>Plano Transversal.</b> También conocido como plano horizontal, atraviesa el cuerpo horizontalmente dividiendo el cuerpo en dos segmentos, uno arriba y otro abajo.</p> <p><b>Pronación o supinación.</b> Se denomina pronación a la rotación del antebrazo que permite situar la mano con el dorso hacia arriba; el movimiento contrario se denomina supinación.</p>
<p><b>4. RESPONSABLES</b></p>
<p><b>Investigador.</b> Encargado de recolectar información de cada uno de los empleados administrativos, analizar los datos e interpretar los resultados para determinar el nivel de riesgo al que está expuesto el trabajador.</p> <p><b>Especialista de seguridad y salud ocupacional.</b> Informa al personal administrativo acerca del estudio en marcha y los beneficios que se obtienen por el mismo.</p>
<p><b>5. EQUIPOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cámara fotográfica</li> <li>• Filmadora</li> <li>• Computadora</li> </ul>

ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



### 6. DIAGRAMA DE FLUJO



ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ	Versión	01
	<b>PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN MÉTODO RULA</b>	Página	04

## 7. DESCRIPCIÓN

- Determinar los ciclos de trabajo y observar al trabajador durante varios de estos ciclos, si el ciclo es muy largo o no existen ciclos, se pueden realizar evaluaciones a intervalos regulares.
- Seleccionar las posturas que se evaluarán, se seleccionarán aquellas que, a priori, supongan una mayor carga postural bien por su duración, bien por su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra.
- Determinar si se evaluará el lado izquierdo del cuerpo o el derecho, en caso de duda se analizarán los dos lados.
- Tomar los datos angulares requeridos, pueden tomarse fotografías desde los puntos de vista adecuados para realizar las mediciones.
- Determinar las puntuaciones para cada parte del cuerpo, empleando la tabla correspondiente a cada miembro.
- Obtener las puntuaciones parciales y finales del método para determinar la existencia de riesgos y establecer el Nivel de Actuación.
- Si se requieren, determinar qué tipo de medidas deben adoptarse, revisar las puntuaciones de las diferentes partes del cuerpo para determinar dónde es necesario aplicar correcciones.

## 8. REFERENCIAS

Jose Antonio Diego Mas. (2015) Ergonautas, Universidad Politécnica de Valencia. [Online]. <https://www.ergonautas.upv.es/metodos/rula/rula-ayuda.php>

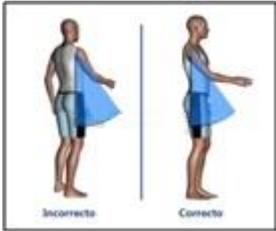
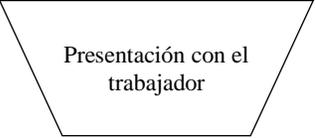
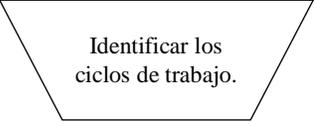
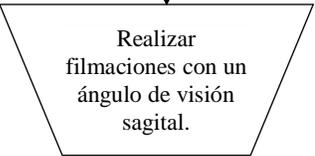
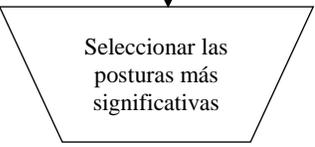
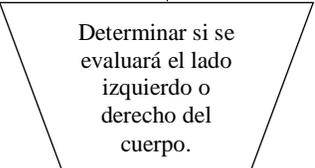
ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

### 3.3.8. Protocolo de evaluación con el método RULA

El protocolo presentado a continuación detalla paso a paso la metodología que se seguirá para realizar la evaluación RULA.



**Objetivo:** Detallar la metodología de aplicación para el método de evaluación de carga postural RULA dirigida al personal administrativo del GAD Municipal del Cantón Pujilí.

CONDICIONES DE EVALUACIÓN	PASOS	DESCRIPCIÓN	PARÁMETROS DE CONTROL
<p><b>Entrevista con el trabajador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo.</li> <li>• Dar información del resultado del método ROSA.</li> <li>• Describir actividades a realizar durante la evaluación del método RULA.</li> </ul> <p><b>MÉTODO RULA</b></p> <p><b>Medición de ángulos correcta</b></p>  <p><b>Fig. 15</b> Ángulos RULA [53].</p> <p><b>Grupos de miembros</b></p>  <p><b>Fig. 16</b> Grupos de miembros [53].</p>	<p>Presentación con el trabajador</p>  <p>↓</p> <p>Identificar los ciclos de trabajo.</p>  <p>↓</p> <p>Realizar filmaciones con un ángulo de visión sagital.</p>  <p>↓</p> <p>Seleccionar las posturas más significativas</p>  <p>↓</p> <p>Determinar si se evaluará el lado izquierdo o derecho del cuerpo.</p> 	<p>Saludar cordialmente al trabajador, informar sobre la investigación a realizar.</p> <p>Si no existen ciclos de trabajo, realizar periodos de observación a intervalos regulares entre 30 a 60 segundos.</p> <p>Realizar filmaciones con un ángulo de visión sagital como muestra la Fig. 15 para identificar las posturas a seleccionar.</p> <p>Se seleccionarán aquellas que, a priori, supongan una mayor carga postural bien por su duración, bien por su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra.</p> <p>Elegir el lado que aparentemente esté sometido a mayor carga postural, en caso de duda analizar los dos lados</p>	<p>No interferir en las actividades del trabajador.</p> <p>Serán necesarios entre 20 y 40 minutos de observación.</p> <p>No interferir en las actividades del trabajador para que la información recopilada sea veraz.</p> <p>Determinar los tiempos de cada postura que adopte el empleado.</p> <p>Los miembros del cuerpo se especifican por grupos como muestra la Fig. 16.</p>

ELABORADO

Lenin Caicedo

REVISADO

Ing. Luis Morales

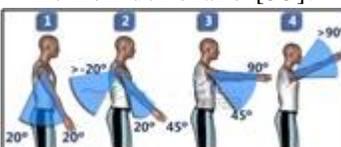
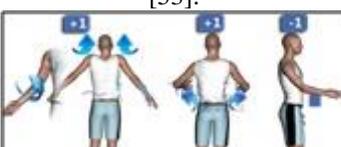
AUTORIZADO

Psic. I. Carlos Heredia



G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ  
**PROTOCOLO DE APLICACIÓN**  
**MÉTODO RULA**

Versión	01
Página	02

<p><b>EVALUACIÓN DEL GRUPO A</b>  <b>Puntuación del brazo</b></p>  <p><b>Fig. 17</b> Ejes del ángulo de flexión del brazo [53].</p>	<p>Tomar fotografías al trabajador adoptando la postura a analizar.</p>	<p>Tomar fotografías desde un ángulo de visión sagital y transversal para realizar la valoración.</p>	<p>Verificar que el plano sagital o transversal del ángulo a medir sea paralelo al plano de la fotografía como muestra la Fig. 17.</p>										
 <p><b>Fig. 18</b> Medición del ángulo del brazo [53].</p> <table border="1" data-bbox="300 945 641 1092"> <thead> <tr> <th>Posición</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desde 20° de extensión a 20° de flexión</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Extensión &gt;20° o flexión &gt;20° y &lt;45°</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Flexión &gt;45° y 90°</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Flexión &gt;90°</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Tabla 25.</b> Puntuación del brazo [53].</p>	Posición	Puntuación	Desde 20° de extensión a 20° de flexión	1	Extensión >20° o flexión >20° y <45°	2	Flexión >45° y 90°	3	Flexión >90°	4	<p>Obtener la puntuación del grupo A.</p>	<p>El grupo A se compone por los brazos, antebrazos y muñecas.</p>	<p>Verificar los miembros que componen cada grupo como indica la Fig. 17.</p>
Posición	Puntuación												
Desde 20° de extensión a 20° de flexión	1												
Extensión >20° o flexión >20° y <45°	2												
Flexión >45° y 90°	3												
Flexión >90°	4												
 <p><b>Fig. 19</b> Modificación de la puntuación del brazo [53].</p> <table border="1" data-bbox="300 1386 641 1533"> <thead> <tr> <th>Posición</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hombro elevado o brazo rotado</td> <td>+1</td> </tr> <tr> <td>Brazos abducidos</td> <td>+1</td> </tr> <tr> <td>Existe un punto de apoyo</td> <td>-1</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Tabla 26.</b> Modificación de la puntuación del brazo [53].</p>	Posición	Puntuación	Hombro elevado o brazo rotado	+1	Brazos abducidos	+1	Existe un punto de apoyo	-1	<p>Determinar la puntuación del brazo.</p>	<p>A partir de los grados de flexión o extensión del brazo como se observa en la Fig. 18, se obtiene la puntuación detallada en la Tabla 25.</p>	<p>Trazar correctamente los ejes para determinar los ángulos del brazo.</p>		
Posición	Puntuación												
Hombro elevado o brazo rotado	+1												
Brazos abducidos	+1												
Existe un punto de apoyo	-1												
<p><b>Tabla 26.</b> Modificación de la puntuación del brazo [53].</p>	<p>Modificar la puntuación del brazo</p>	<p>La puntuación del brazo aumenta o disminuye si existe algún detalle mencionado en la Fig. 19 y la Tabla 26.</p>	<p>Verificar modificaciones con las fotografías de la postura.</p>										

<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



<p><b>Puntuación del antebrazo</b></p> <p><b>Fig. 20</b> Antebrazo [53].</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Posición</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Flexión entre 60° y 100°</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Flexión &lt;60° o &gt;100°</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Posición	Puntuación	Flexión entre 60° y 100°	1	Flexión <60° o >100°	2	<p>Determinar el ángulo de flexión del antebrazo.</p>	<p>La puntuación del antebrazo se obtiene a partir de su ángulo de flexión, medido como el ángulo formado por el eje del antebrazo y el eje del brazo.</p>	<p>Trazar correctamente los ejes para determinar el ángulo del antebrazo.</p>
Posición	Puntuación								
Flexión entre 60° y 100°	1								
Flexión <60° o >100°	2								
<p><b>Tabla 27.</b> Puntuación del antebrazo [53].</p>	<p>Determinar la puntuación del antebrazo.</p>	<p>La puntuación del antebrazo se obtiene mediante el ángulo formado por el eje del antebrazo y el eje del brazo como se muestra en la Fig. 20 y en la Tabla 27.</p>	<p>Trazar correctamente los ejes para determinar el ángulo de los brazos.</p>						
<p><b>Fig. 21</b> Modificación de la puntuación del antebrazo [53].</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Posición</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A un lado del cuerpo</td> <td>+1</td> </tr> <tr> <td>Cruza la línea media</td> <td>+1</td> </tr> </tbody> </table>	Posición	Puntuación	A un lado del cuerpo	+1	Cruza la línea media	+1	<p>Modificar la puntuación del antebrazo</p>	<p>La puntuación del antebrazo aumentará en un punto si el antebrazo cruza la línea media del cuerpo, o si se realiza una actividad a un lado del cuerpo como menciona la Fig. 21 y la Tabla 28.</p>	<p>Verificar modificaciones con las fotografías de la postura.</p>
Posición	Puntuación								
A un lado del cuerpo	+1								
Cruza la línea media	+1								

<p><b>ELABORADO</b></p>	<p><b>REVISADO</b></p>	<p><b>AUTORIZADO</b></p>
<p>Lenin Caicedo</p>	<p>Ing. Luis Morales</p>	<p>Psic. I. Carlos Heredia</p>



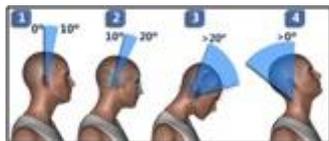
<p><b>Puntuación de la muñeca</b></p> <p><b>Fig. 22</b> Ángulo de la muñeca [53].</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Posición</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Posición neutra</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Flexión o extensión &gt; 0° y &lt; 15°</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Flexión o extensión &gt; 15°</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Posición	Puntuación	Posición neutra	1	Flexión o extensión > 0° y < 15°	2	Flexión o extensión > 15°	3	<p>Determinar el ángulo de flexión/extensión de la muñeca.</p>	<p>El ángulo de flexión/extensión se mide desde la posición neutra.</p>	<p>Trazar correctamente los ejes para determinar el ángulo de la muñeca.</p>
Posición	Puntuación										
Posición neutra	1										
Flexión o extensión > 0° y < 15°	2										
Flexión o extensión > 15°	3										
<p><b>Tabla 29.</b> Puntuación de la muñeca [53].</p> <p><b>Fig. 23</b> Modificación de la puntuación de la muñeca [53].</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Posición</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desviación radial</td> <td>+1</td> </tr> <tr> <td>Desviación cubital</td> <td>+1</td> </tr> </tbody> </table>	Posición	Puntuación	Desviación radial	+1	Desviación cubital	+1	<p>Identificar la puntuación correspondiente al ángulo de la muñeca.</p>	<p>La puntuación de la muñeca se obtiene mediante lo especificado en la Fig. 22 y Tabla 29.</p>	<p>Verificar que el plano sagital del ángulo a medir sea paralelo al plano de la fotografía.</p>		
Posición	Puntuación										
Desviación radial	+1										
Desviación cubital	+1										
<p><b>Tabla 30.</b> Modificación de la puntuación de la muñeca [53].</p> <p><b>Fig. 24</b> Puntuación del giro de la muñeca [53].</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Posición</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pronación o supinación media</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pronación o supinación extrema</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Posición	Puntuación	Pronación o supinación media	1	Pronación o supinación extrema	2	<p>Modificar la puntuación de la muñeca.</p>	<p>La puntuación de la muñeca aumentará en un punto si existe desviación radial o cubital como menciona la Fig. 23 y la Tabla 30.</p>	<p>Verificar modificaciones con las fotografías de la postura.</p>		
Posición	Puntuación										
Pronación o supinación media	1										
Pronación o supinación extrema	2										
<p><b>Tabla 31.</b> Puntuación del giro de la muñeca [53].</p>	<p>Valorar el giro de la muñeca</p>	<p>Valorar el grado de pronación o supinación de la mano (medio o extremo) como se muestra en la Fig. 24 y en la Tabla 31.</p>	<p>Este valor no se añadirá a la puntuación anterior, servirá para obtener la valoración global del Grupo A</p>								

ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



**EVALUACIÓN DEL GRUPO B**

**Puntuación del cuello**



**Fig. 25** Medición del ángulo del cuello [53].

Posición	Puntuación
Flexión entre 0° y 10°	1
Flexión >10° y ≤20°	2
Flexión >20°	3
Extensión en cualquier grado	4

**Tabla 32.** Puntuación del cuello [53].



**Fig. 26** Modificación de la puntuación del cuello [53].

Posición	Puntuación
Cabeza rotada	+1
Cabeza con inclinación lateral	+1

**Tabla 33.** Modificación de la puntuación del cuello [53].

**Puntuación del tronco**



**Fig. 27** Ángulo del tronco [53].

Determinar el ángulo de flexión del cuello

El ángulo de flexión/extensión del cuello se mide por el ángulo formado por el eje de la cabeza y el eje del tronco.

Trazar correctamente los ejes para determinar el ángulo del cuello.

Identificar la puntuación correspondiente al ángulo del cuello.

La puntuación del cuello se obtiene mediante lo especificado en la Fig. 25 y Tabla 32.

Verificar que el plano sagital del ángulo a medir sea paralelo al plano de la fotografía.

Modificar la puntuación del cuello.

La puntuación del cuello aumentará en un punto si existe rotación o inclinación lateral de la cabeza como menciona la Fig. 26 y la Tabla 33.

Ambas circunstancias pueden ocurrir simultáneamente, por lo que la puntuación del cuello puede aumentar hasta en dos puntos.

Determinar el ángulo de flexión del tronco.

El ángulo del tronco se obtiene entre el eje del tronco y la vertical.

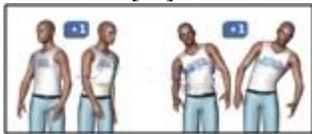
Trazar correctamente los ejes para determinar el ángulo del tronco.

ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



Posición	Puntuación
Sentado, bien apoyado y con un ángulo tronco-caderas >90°	1
Flexión entre 0° y 20°	2
Flexión >20° y ≤60°	3
Flexión >60°	4

**Tabla 34.** Puntuación del tronco [53].

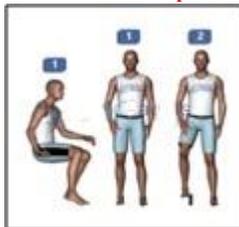


**Fig. 28** Modificación de la puntuación del tronco [53].

Posición	Puntuación
Tronco rotado	+1
Tronco con inclinación lateral	+1

**Tabla 35.** Modificación de la puntuación del tronco [53].

**Puntuación de las piernas**



**Fig. 29** Puntuación de las piernas [53].

Posición	Puntuación
Sentado, con piernas y pies bien apoyados	1
De pie con el peso simétricamente distribuido y espacio para cambiar de posición	1
Los pies no están apoyados o el peso no está simétricamente distribuido	2

**Tabla 36.** Puntuación de las piernas [53].

Identificar la puntuación correspondiente al ángulo del tronco.

La puntuación del tronco se obtiene mediante lo detallado en la Fig. 27 y la Tabla 34.

Si el empleado realiza su trabajo sentado la puntuación será única como indica la Fig. 27 y la Tabla 34.

Modificar la puntuación del tronco.

La puntuación del tronco aumentará en un punto si existe rotación o inclinación lateral del tronco como menciona la Fig. 28 y la Tabla 35.

Ambas circunstancias pueden ocurrir simultáneamente, por lo que la puntuación del tronco puede aumentar hasta en dos puntos.

Identificar la puntuación correspondiente a las piernas.

Para obtener la puntuación de las piernas se lo hará mediante lo detallado en la Fig. 29 y la Tabla 36.

La puntuación de las piernas dependerá de la distribución del peso entre ellas, los apoyos existentes y si la posición es sedente.

Determinar la puntuación global del grupo A.

Para obtener la puntuación global del grupo A se empleará la Tabla 37.

Revisar la puntuación obtenida.

<b>ELABORADO</b> Lenin Caicedo	<b>REVISADO</b> Ing. Luis Morales	<b>AUTORIZADO</b> Psic. I. Carlos Heredia
-----------------------------------	--------------------------------------	--



G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ

**PROTOCOLO DE APLICACIÓN  
MÉTODO RULA**

Versión 01

Página 07

		Para obtener la puntuación global del grupo B se empleará la Tabla 38.	Revisar la puntuación obtenida.
	↓		
		La puntuación de los Grupos A y B se incrementarán dependiendo del tipo de actividad según lo mencionado en la Tabla 39.	La puntuación de se incrementarán en un punto si la actividad es estática o repetitiva y si la tarea es dinámica las puntuaciones no se modificarán.
	↓		
		Se incrementarán las puntuaciones anteriores en función de las fuerzas ejercidas como se detalla en la Tabla 40.	Las puntuaciones incrementadas pasarán a denominarse puntuaciones <b>C</b> y <b>D</b> respectivamente.
↓			
	Las puntuaciones C y D permiten obtener la puntuación final del método empleando la Tabla 41.	La puntuación final global para la tarea oscilará entre 1 y 7.	
↓			
	Determinar el nivel de actuación mediante lo especificado en la Tabla 42.	El nivel de actuación será mayor cuanto más elevada sea la puntuación del método.	

<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia



G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ

**PROTOCOLO DE APLICACIÓN  
MÉTODO RULA**

Versión 01

Página 08

Brazo	Antebrazo	Muñeca							
		1		2		3		4	
		Giro de Muñeca		Giro de Muñeca		Giro de Muñeca		Giro de Muñeca	
		1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
	2	2	2	2	2	3	3	3	3
	3	2	3	3	3	3	3	4	4
2	1	2	3	3	3	3	4	4	4
	2	3	3	3	3	3	4	4	4
	3	3	4	4	4	4	4	5	5
3	1	3	3	4	4	4	4	5	5
	2	3	4	4	4	4	4	5	5
	3	4	4	4	4	4	5	5	5
4	1	4	4	4	4	4	5	5	5
	2	4	4	4	4	4	5	5	5
	3	4	4	4	5	5	5	6	6
5	1	5	5	5	5	5	6	6	7
	2	5	6	6	6	6	7	7	7
	3	6	6	6	7	7	7	7	8
6	1	7	7	7	7	7	8	8	9
	2	8	8	8	8	8	9	9	9
	3	9	9	9	9	9	9	9	9

**Tabla 37.** Puntuación global del grupo A [53].

Cuello	Tronco											
	1		2		3		4		5		6	
	Piernas		Piernas		Piernas		Piernas		Piernas		Piernas	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	1	3	2	3	3	4	5	5	6	6	7	7
2	2	3	2	3	4	5	5	5	6	7	7	7
3	3	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	7
4	5	5	5	6	6	7	7	7	7	7	8	8
5	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8
6	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9

**Tabla 38.** Puntuación global del grupo B [53].

<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ	Versión	01
	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN MÉTODO RULA</b>	Página	09

Tipo de actividad	Puntuación
Estática (se mantiene más de un minuto seguido)	+1
Repetitiva (se repite más de 4 veces cada minuto)	+1
Ocasional, poco frecuente y de corta duración	0

**Tabla 39.** Puntuación del tipo de actividad [53].

Carga o fuerza	Puntuación
Carga menor de 2 Kg. mantenida intermitentemente	0
Carga entre 2 y 10 Kg. mantenida intermitentemente	+1
Carga entre 2 y 10 Kg. estática o repetitiva	+2
Carga superior a 10 Kg mantenida intermitentemente	+2
Carga superior a 10 Kg estática o repetitiva	+3
Se producen golpes o fuerzas bruscas o repentinas	+3

**Tabla 40.** Puntuación por carga o fuerzas ejercidas [53].

Puntuación C	Puntuación D						
	1	2	3	4	5	6	7
1	1	2	3	3	4	5	5
2	2	2	3	4	4	5	5
3	3	3	3	4	4	5	6
4	3	3	3	4	5	6	6
5	4	4	4	5	6	7	7
6	4	4	5	6	6	7	7
7	5	5	6	6	7	7	7
8	5	5	6	7	7	7	7

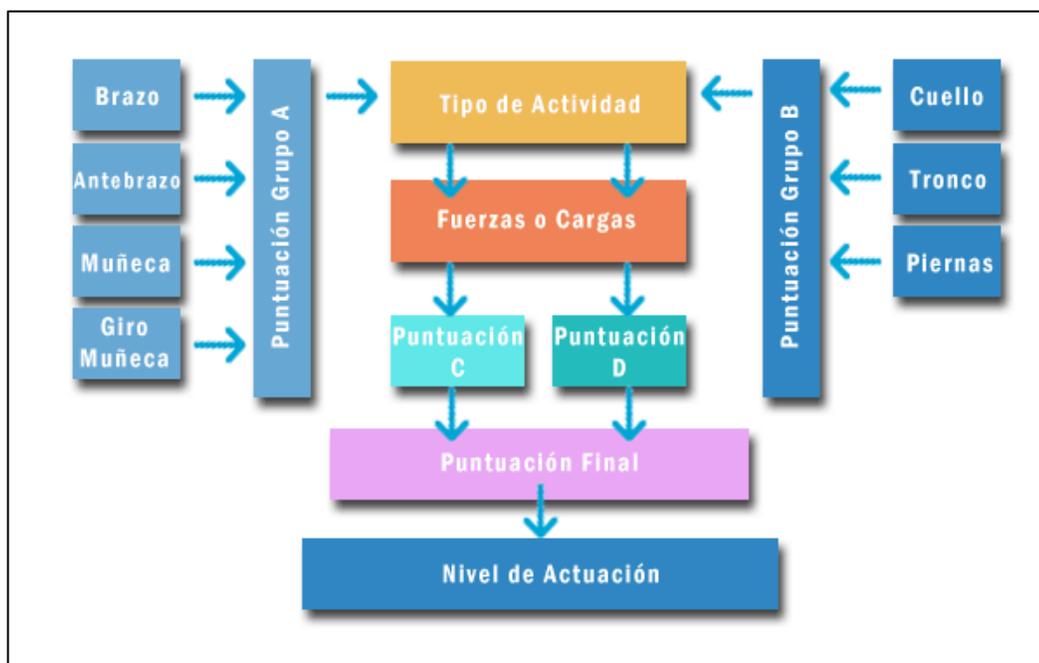
**Tabla 41.** Puntuación final RULA [53].

<b>ELABORADO</b>	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

	G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ	Versión	01
	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN MÉTODO RULA</b>	Página	10

Puntuación	Nivel	Actuación
1 o 2	1	Riesgo Aceptable
3 o 4	2	Pueden requerirse cambios en la tarea; es conveniente profundizar en el estudio
5 o 6	3	Se requiere el rediseño de la tarea
7	4	Se requieren cambios urgentes en la tarea

**Tabla 42.** Niveles de actuación con respecto a la puntuación final RULA [53].



**Fig. 30** Esquema de puntuaciones RULA [53].

ELABORADO	REVISADO	AUTORIZADO
Lenin Caicedo	Ing. Luis Morales	Psic. I. Carlos Heredia

### **3.3.9. Recolección de posturas para el método RULA**

Para la recolección de las posturas se utiliza una cámara Samsung de 13 mega píxeles y apertura f 1.9, además se utiliza una ficha para adjuntar las imágenes la cual se presenta en el Anexo 05.

### **3.3.10. Determinación de tiempos y frecuencias de las actividades en puestos de trabajo**

Las actividades en oficinas administrativas no tienen un ciclo de trabajo específico por ser estas de corta duración y con un orden de repetitividad variable, es por eso que para determinar las posturas que a priori supongan una mayor carga postural bien por su duración, bien por su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra se realizan periodos de observación cortos de entre 20 a 40 minutos y a intervalos regulares de entre 30 y 60 segundos para anotar las posturas adoptadas [53].

Para recolectar el período de muestreo, el código de las posturas identificadas, las repeticiones de cada una de ellas, el tiempo unitario y el tiempo parcial que duraron las posturas se utilizará la ficha que se presenta en el Anexo 06, la información que se adjunte en dicha ficha servirá para determinar la frecuencia de acción mediante la:

$$\text{Formula de frecuencia:} \quad F=R/T \quad (1)$$

Dónde:

F= Frecuencia

R= Repeticiones de la postura

T= Tiempo de muestreo

Ejemplo:

$$F=50 \text{ veces}/10 \text{ minutos}$$

$$F=5 \text{ veces}/\text{minutos}$$

Una frecuencia de 5 veces/minuto significa que el tipo de actividad que realiza la persona es repetitiva porque se repite más de 4 veces por minuto.

### **3.3.11. Fotografías seleccionadas para la evaluación con el método RULA**

Para presentar las fotografías seleccionadas de las posturas de los empleados se utiliza la ficha para la valoración rápida de los miembros superiores RULA mostrada en el Anexo 07, además se cuenta con una hoja de campo presentada en el Anexo 08.

### **3.3.12. Test Nórdico**

Para identificar los problemas músculo esqueléticos de los trabajadores se aplica el cuestionario Nórdico en el que se establece como criterio de inclusión que la sintomatología de dolor músculo esquelético en las personas evaluadas se deba exclusivamente al trabajo de oficina y como criterio de exclusión se establece que los test contestados incorrectamente se descarten, el cuestionario Nórdico puede ser aplicado como entrevista o auto encuesta, esta indagación se ejecuta en los días normales de trabajo para determinar las afecciones y dolencias músculo esqueléticas que originan el ambiente en el que laboran los oficinistas, el test es llenado por la persona en estudio, este cuenta con once preguntas presentadas en el Anexo 09, en donde cada una de ellas deben ser respondidas para cada parte del cuerpo mencionada en las columnas del test. El Cuestionario Nórdico de Kuorinka es una de las herramientas más utilizadas en el mundo el cual se ha validado en diversos estudios y en diferentes países para su aplicación.

En la publicación del test realizada en 1987 por Kuorinka se muestran datos de confiabilidad y validez para variados estudios en que se comparan los resultados de su aplicación con historias clínicas de trabajadores obteniendo concordancias de entre 80% y 100% entre ambas evaluaciones, también se presentan estudios que midieron la confiabilidad test-retest, encontrando concordancias por sobre un 77% [60].

En una investigación desarrollada por Ohlsson con una muestra de 165 mujeres donde se aplicó el cuestionario Nórdico, específicamente para el cuello y miembros superiores, además comparado con un examen físico clínico se encontró una sensibilidad de entre 42% y 80%, y una especificidad de entre 77% y 97% [61].

En la investigación desarrollada por Descatha se determinó la validez de dos cuestionarios estilo Nórdico, comparados con un examen clínico como método de

referencia, en poblaciones de más de 1500 trabajadores. Los valores de concordancia utilizando Kappa, fueron de entre 0,19 y 0,23 para uno de los cuestionarios, y de entre 0,74 y 0,80 para el segundo cuestionario. La sensibilidad para los dos cuestionarios varió entre 82,3% y 100%, y la especificidad fluctuó entre 51,1% y 82,4% [62].

En otro estudio para la validación del cuestionario Nórdico en Brasil, con una muestra de 90 trabajadores del área bancaria se correlacionaron los hallazgos del cuestionario con la historia clínica de cada trabajador. El análisis de los datos muestra correlaciones entre 0,32 y 0,71 para los síntomas de los últimos 12 meses y la historia clínica, la correlación de síntomas de los últimos 7 días y la historia clínica tiene valores entre 0,33 y 0,79 [63].

### **3.4. Procesamiento y análisis de datos**

#### **3.4.1. Encuesta**

##### **Información demográfica**

La información demográfica recolectada en la ficha que se presenta en el Anexo 01, muestra respuestas cuantitativas y cualitativas, la tabulación de datos se realiza en el software SPSS V21 mediante la distribución de frecuencias y porcentajes para las características de las personas, los resultados se indican en la Tabla 44, en donde se analiza la cantidad de personal femenino y masculino, etnia, idioma, estado civil, instrucción y nivel económico.

##### **Test Nórdico de Kuorinka**

El cuestionario Nórdico de Kuorinka que se realiza al personal administrativo se presenta en el Anexo 09, el cuestionario tiene el siguiente dimensionamiento:

- Las preguntas 1, 3, 4, 8 y 9 con respuestas cerradas de sí o no.
- Las preguntas 2 y 11 con respuestas abiertas.
- Las preguntas 5, 6 y 7 con opciones de horas o días.
- La pregunta 10 con números naturales del 1 al 10.

El cuestionario presenta respuestas cuantitativas y cualitativas, la tabulación de datos se realiza en el software SPSS V21 mediante la distribución de frecuencias y porcentajes,

los resultados se presentan en tablas para cada extremidad del cuerpo, el análisis e interpretación de los datos obtenidos se efectúa para determinar si las personas presentan desordenes músculo esqueléticos en zonas específicas del cuerpo afectadas por factores asociados al trabajo de oficina.

#### **3.4.2. Lista de observación**

Los atributos y las condiciones de trabajo en oficinas observadas en el lugar de cada empleado se registran en el Anexo 02, con la finalidad conocer las condiciones del mobiliario, los periféricos, teléfonos y la iluminación con la que laboran los trabajadores en su jornada diaria.

#### **3.4.3. Método ROSA (Rapid Office Strain Assessment)**

Las fotografías de los planos sagital, coronal y transversal de las posturas de cada empleado analizadas con el software Kinovea se presentan en la ficha mencionada en el Anexo 03. Las fotografías analizadas se utilizan para evaluar con el método ROSA las posturas del empleado respecto a los elementos de oficina.

La valoración de las posturas que se presentan en el Anexo 04 se utiliza para determinar la puntuación final, el nivel de riesgo y el nivel de intervención para cada empleado. La tabulación de datos se realiza en el software SPSS V21 mediante la distribución de frecuencias y porcentajes, los resultados de cada sección del método ROSA se presentan por secciones, la sección A corresponde a la evaluación de la altura de la silla, profundidad del asiento, apoyabrazos y soporte de la espalda, la sección B corresponde a la evaluación del monitor y teléfono, la sección C corresponde al ratón y teclado, además se presenta la puntuación final, de igual forma se presenta el nivel de riesgo y el nivel de intervención, información utilizada para determinar si se requiere o no de una evaluación adicional.

#### **3.4.4. Método RULA (Rapid Upper Limb Assessment)**

La observación de posturas a través de filmaciones de las tareas que desempeña el trabajador en intervalos regulares de 10 minutos se registra en la ficha indicada en el Anexo 05, esta información es analizada en la ficha presentada en el Anexo 06, de posturas, tiempos y frecuencias, para seleccionar la postura que, a priori, suponga una

mayor carga postural bien por su duración, bien por su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra [53].

Las fotografías de los planos sagital, coronal y transversal de la postura seleccionada y posteriormente analizada con el software Kinovea se presenta en la ficha mencionada en el Anexo 07. Las fotografías analizadas se utilizan para evaluar con el método RULA.

La valoración de las posturas se presenta en el Anexo 08, éstas se utilizan para determinar la puntuación final, el nivel de riesgo y el nivel de intervención para cada empleado. La tabulación de datos se realiza en el software SPSS V21 mediante la distribución de frecuencias y porcentajes, los resultados se presenta por grupos A y B, el grupo A corresponde al brazo, antebrazo, muñeca y giro de la muñeca del lado derecho e izquierdo de la persona y el grupo B corresponde al cuello, tronco y piernas, además se presenta la puntuación final del método RULA del lado izquierdo y derecho mediante tablas y a través de gráficos en columnas se presenta el nivel de riesgo y el nivel de intervención.

#### **3.4.5. Relación entre las posturas de trabajo y su influencia en la generación de problemas músculo-esqueléticos.**

##### **Prueba de independencia con Chi-cuadrado ( $\chi^2$ )**

Para determinar la relación entre el nivel de riesgo al que se encuentran expuestos los trabajadores y la sintomatología músculo esquelética que presentan se aplican análisis estadísticos en el SPSS V21 tablas de contingencia, mediante la prueba de independencia con Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), colocando la variable independiente en la fila y la variable dependiente en la columna, para todas las pruebas estadísticas, los valores de p-value < 0,05 se consideraron estadísticamente significativos con un coeficiente de confianza del 95% [64]. Los resultados de la prueba de independencia con chi-cuadrado se presentan en la Tabla 63 y Tabla 64, cabe resaltar que esta prueba indica si existe o no una relación entre variables, pero no indica el grado o tipo de relación, es decir no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia [64].

Para determinar el valor de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) se presenta el siguiente ejemplo:

Crear la variable de sintomatología de dolor en el codo, dándole el valor de 1=SI a las personas que hayan presentado el malestar, de lo contrario se da el valor de 0=NO. De igual forma crear la variable de nivel de riesgo bajo según los resultados del método ROSA y se asigna el valor de 1=SI o 0=NO dependiendo si la persona ha obtenido o no un nivel de riesgo bajo en la evaluación, basándose en la Tabla 43.

**Tabla 43.** Variables para determinar relación

N° de empleado	Sintomatología de dolor en el codo	Nivel de riesgo bajo "ROSA"
1	No	Si
2	No	Si
3	No	Si
4	No	Si
5	No	Si
6	No	Si
7	No	Si
8	Si	Si
9	No	Si
10	Si	Si
11	No	Si
12	No	Si
13	No	Si
14	Si	No
15	No	Si
16	No	Si
17	No	Si
18	No	Si
19	No	Si
20	Si	Si
21	No	No
22	No	Si
23	No	Si
24	No	Si
25	Si	Si
26	No	Si
27	No	Si
28	Si	Si
29	No	Si
30	No	Si
31	Si	Si
32	No	Si
33	No	Si
34	Si	Si
35	No	Si
36	No	Si
37	No	Si
38	No	Si

Construir la tabla de contingencia y encontrar las frecuencias observadas ( $f_o$ ) como se indica en la Tabla 44.

**Tabla 44.** Tabla de contingencia

		Nivel de riesgo bajo (ROSA)		TOTAL
		SI	NO	
Síntomatología de dolor en el cuello	SI	7	1	8
	NO	29	1	30
TOTAL		36	2	38

Calcular las frecuencias esperadas ( $f_e$ ) como se indica en la Tabla 45.

Ejemplo:  $(8 \cdot 36) / 38 = 7$  (2)

**Tabla 45.** Cálculo de frecuencias esperadas

		Nivel de riesgo bajo (ROSA)		TOTAL
		SI	NO	
Síntomatología de dolor en el cuello	SI	7,579	0,421	8
	NO	28,421	1,579	30
TOTAL		36	2	38

Como se indica en la Tabla 46, a continuación:

Calcular Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) mediante la fórmula  $\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$  (3)

**Tabla 46.** Cálculo de chi cuadrado

		Nivel de riesgo bajo (ROSA)		TOTAL
		SI	NO	
Síntomatología de dolor en el cuello	SI	0,044	0,796	0,84
	NO	0,012	0,212	0,224
TOTAL		0,056	1,008	1,064

El valor de  $\chi^2 = 1,064$

Se determina la significancia asintótica mediante la tabla de distribución de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) que se puede observar en el Anexo 10. Se obtiene 2 valores próximos al resultado de  $\chi^2$ , luego realizar la interpolación. El resultado permite interpretar si la relación es o no estadísticamente significativa.

$$\chi'^2 = Y_0 + \frac{Y_1 - Y_0}{X_1 - X_0} (X - X_0) \quad (4)$$

$$\chi'^2 = 0,3 + \frac{0,35 - 0,3}{0,8735 - 1,0742} (1,064 - 1,0742)$$

$$\chi'^2 = 0,3025$$

#### 3.4.6. Medida estadística Odds Ratio

Para determinar si la asociación del estudio es estadísticamente significativa, se ejecuta un análisis estadístico en el SPSS V21 tablas de contingencia, mediante el estudio de riesgo. Cuando un intervalo de confianza 95% incluye el valor del "no efecto" (OR = 1,0), aceptamos que la asociación en estudio no es estadísticamente significativa. Por el contrario, cuando un intervalo de confianza 95% excluye el valor del "no efecto", decimos que la asociación en estudio es estadísticamente significativa [65]. Los resultados del análisis de la asociación del estudio con Odds Ratio se presentan en la Tabla 63 y Tabla 64.

Para determinar el valor de Odds Ratio (OR) se presenta el siguiente ejemplo:

En base a la Tabla 44, tabla de contingencia, calcular Odds Ratio (OR)

$$OR = \frac{a * d}{b * c} \quad (5)$$

$$OR = \frac{7 * 1}{29 * 7}$$

$$OR = 0,24$$

Calcular el Chi cuadrado de HM en donde:

n= número de datos

$$\chi_{hm} = \sqrt{\frac{(n-1)(a*d-b*c)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}} \quad (6)$$

$$\chi_{hm} = \sqrt{\frac{(38 - 1)(7 * 1 - 1 * 29)^2}{(7 + 1)(29 + 1)(7 + 29)(1 + 1)}}$$

$$\chi_{hm} = 1,018$$

Calcular los intervalos de confianza de Odds Ratio donde:

$z=1,96$  para un intervalo de confianza del 95%

$$IC = OR^{(1 \pm \frac{z}{\chi_{hm}})} \quad (7)$$

$$IC_{superior} = 0,24^{(1 + \frac{1,96}{1,018})}$$

$$IC_{superior} = 3,138$$

$$IC_{inferior} = 0,24^{(1 - \frac{1,96}{1,018})}$$

$$IC_{inferior} = 0,015$$

## CAPÍTULO IV

### DESARROLLO DE LA PROPUESTA

#### 4.1. Información de la organización

El Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Pujilí es una organización ubicada en la ciudad de Pujilí frente al parque Luis Fernando Vivero como se detalla en la Fig. 31, la cual dispone de un edificio de 2 pisos en donde se realizan labores netamente administrativas para el servicio de la ciudadanía del cantón. Las actividades se desarrollan normalmente en la jornada de 8:00h a 16:45h con una hora para el almuerzo a la mitad del día.



Fig. 31 Ubicación geográfica del GAD Municipal del cantón Pujilí

#### 4.2. Identificación de puestos de trabajo

Mediante la observación en el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Pujilí se identificó 41 empleados en oficinas administrativas como se detalla en la Tabla 47, los departamentos, puestos de trabajo según la denominación del cargo que desempeña y la cantidad de personas por puesto de trabajo se detalla en la Tabla 8.

**Tabla 47.** Personal del área Administrativa

<b>Población</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Empleados en oficinas administrativas	41
<b>Total</b>	<b>41</b>

### 4.3. Información demográfica

En la Tabla 48, que se presenta a continuación se detalla los resultados de la información demográfica de los empleados del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí.

**Tabla 48.** Información demográfica

Característica	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)	Media (años)
Edad	Juventud (14-26) años	3	7,30%
	Adulthood (27-59) años	38	92,70%
	Vejez (60 o más años)	0	0%
Sexo	Masculino	16	39%
	Femenino	25	61%
Etnia	Mestizo	40	97,60%
	Indígena	1	2,40%
Idioma	Español	39	95,10%
	Español-Quechua	2	4,90%
Estado civil	Soltero/a	11	26,80%
	Casado/a	25	61%
	Unión libre	3	7,30%
	Divorciado/a	2	4,90%
Instrucción	Secundaria	3	7,30%
	Tercer nivel	38	92,70%
Nivel económico	Bajo	2	4,90%
	Medio	39	95,10%
Tiempo de servicio			7,3

#### **Análisis:**

De los 41 trabajadores administrativos que corresponden a la población investigada en el G.A.D. Municipal del cantón Pujilí, el promedio de edad de la población es de 36 años, el 7,3% son jóvenes y el 92,7% son adultos, el 39% de los empleados concierne al sexo masculino y 61% al sexo femenino, el tiempo promedio de antigüedad en el cargo fue de 7,3 años, la etnia con la que se identifica el personal es de 97,6% mestizos y el 2,4%

indígenas, no se identificó la existencia de raza blanca, tampoco raza negra, en cuanto al idioma dominante en la población de estudio el 95,1% habla español y el 4,9% es bilingüe (español-quechua). El 26,8% de trabajadores es soltero, 61% casado, el 7,3% unión libre y el 4,9% divorciado, el nivel de instrucción de los empleados es del 7,3% secundaria y el 92,7% cuenta con estudios de tercer nivel. El nivel económico es bajo en un 4,9% de los trabajadores y medio en el 95,1%, el tiempo medio de servicio es de 7,3 años.

### **Interpretación:**

Los resultados de esta investigación indican que son las mujeres, en mayor proporción de raza mestiza, de edad adulta, idioma predominante español, con tercer nivel de instrucción y nivel económico medio quienes conforman la mayor parte del personal administrativo, actividad en la que están expuestas a posturas estáticas.

El trabajo muscular estático es uno de los seis factores de riesgo ergonómico, dicho trabajo produce contracción muscular mantenida sin interrupción que puede ser responsable de la reducción del aporte de sangre a los músculos, lo que produce con rapidez fatiga muscular y ocasiona trastornos músculo esqueléticos, malestar que se presentan con mayor prevalencia en mujeres de 45 a 65 años de edad [66].

Los trastornos músculo-esqueléticos como tensión muscular, parestesias y dolor, son muy frecuentes entre los trabajadores de la administración pública y educación; dentro de los cuales quienes desempeñan tareas administrativas padecen con mayor frecuencia dichas molestias [67].

Ciertas características demográficas como la edad y el género se encuentran relacionadas a la sintomatología de dolor músculo esquelético, en un estudio realizado en España tomando en cuenta todas las enfermedades profesionales que podrían ser incluidas en la legislación vigente se determinó 213 enfermedades de las cuales el 81% fueron trastornos músculo esqueléticos afectando en total a 120 personas del género masculino y a 93 personas del género femenino [68].

#### 4.4. Atributos y condiciones de trabajo

En la Tabla 49, se determina los atributos y condiciones de trabajo en oficinas administrativas del G.A.D. Municipal de cantón Pujilí, en el que se detalla las frecuencias y porcentajes de las características del lugar de trabajo.

**Tabla 49.** Atributos y condiciones de trabajo en oficinas

Atributos y condiciones de trabajo en oficinas										
Descripción	si		no		buenas condiciones		malas condiciones		no aplica	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
¿Se cuenta con espacio bajo el escritorio?	40	97,6	1	2,4	40	97,6	1	2,4	-	-
¿La profundidad de la silla es ajustable?	-	-	41	100	-	-	-	-	-	-
¿La altura de la silla es ajustable?	38	92,7	3	7,3	36	87,8	2	4,9	3	7,3
¿El apoyabrazos es ajustable?	-	-	40	97,6	39	95,1	-	-	2	4,9
¿El respaldo es ajustable?	38	92,7	3	7,3	40	97,6	1	2,4	-	-
¿Existe soporte de documentos?	-	-	41	100	-	-	-	-	-	-
¿El ratón y teclado están en la misma superficie?	33	80,5	8	19,5	41	100	-	-	-	-
¿La plataforma del teclado es ajustable?	-	-	8	19,5	8	19,5	-	-	33	80,5
¿Existe resplandor en la pantalla?	7	17,1	34	82,9	-	-	-	-	-	-
¿El teléfono cuenta con manos libres?	-	-	3	7,3	-	-	-	-	41	100

#### Análisis:

De los 41 trabajadores administrativos que corresponden a la población investigada en el G.A.D. Municipal del cantón Pujilí, el 97,6% cuenta con espacio bajo el escritorio en buenas condiciones y el 2,4% no, el 100% cuenta con sillas que no son ajustables en su profundidad del asiento, la altura de la silla es ajustable para el 92,7% de ellas el 87,8% están en buenas condiciones y el 4,9% no, el 7,3% restante no dispone de regulación en su altura. El apoyabrazos no es ajustable para el 97,6% de sillas aunque 95,1% de apoyabrazos se encuentran en buenas condiciones, mientras que el 4,9% restante no dispone de apoyabrazos. El respaldo del 92,7% de sillas es ajustable, mientras que el 7,3% no lo es, el 97,6% de respaldos se encuentran en buenas condiciones y el 2,4% no cuenta con un soporte adecuado. El 100% de oficinas no cuenta con el soporte de documentos. El 80,5% de periféricos, ratón y teclado se encuentran en la misma superficie para la manipulación y el 19,5% trabaja en superficies diferentes, de estos últimos ninguno cuenta con plataforma de teclado ajustable aunque las superficies en las

que se realiza el trabajo se encuentran en buenas condiciones. El resplandor en la pantalla ocurre en el 17,1% mientras que en el 82,9% no. El 7,3% utiliza teléfono, pero ninguno de ellos cuenta con el servicio de manos libres para su utilización.

### **Interpretación**

Las oficinas administrativas del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí se encuentran en buenas condiciones en su mayoría, pero sus atributos no cumplen completamente con lo recomendado por el método ROSA [55], el cual da una gran importancia a las características de la silla en cuanto a que la profundidad del asiento, los apoyabrazos, la altura y el respaldo sean ajustables con el fin de que la persona que utilice este elemento de oficina lo regule para acomodarse al escritorio, sus pies lleguen al piso, sus brazos y manos estén al alcance del mouse y el teclado, además estos periféricos es recomendable que se encuentren en una misma superficie para su manipulación, sus codos alcancen a 90° con la superficie de la mesa y la parte superior del monitor se encuentre a nivel con los ojos del usuario evitando que el resplandor haga contacto directo con la vista de quien utiliza la pantalla de visualización de datos.

En un estudio realizado en la ciudad de Tacna en un consultorio médico para determinar los factores de riesgo físico y de dolor lumbar en el personal, se determinó que el uso de silla sin respaldo y altura regulable influye en el dolor lumbar al momento de tocar la zona de la espalda baja así como al no tocarla, siendo la aparición de esta por ejercer funciones laborales [69].

### **4.5. Método ROSA (Rapid Office Strain Assessment, Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas)**

#### **Identificar y valorar las posturas**

Para realizar la evaluación mediante el método ROSA se requiere de fotografías de los planos sagital, coronal y transversal del empleado en su puesto de trabajo y analizar las posturas del cuerpo respecto a los elementos que componen la oficina como se detalla en el protocolo de aplicación del método ROSA. Un ejemplo de la evaluación se detalla en la Tabla 50 y Tabla 51. Ver la evaluación ROSA en el Anexo 03 y Anexo 04.

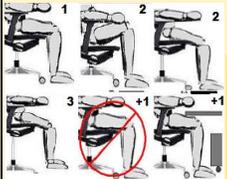
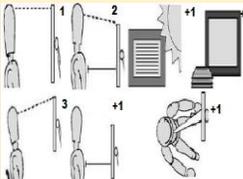
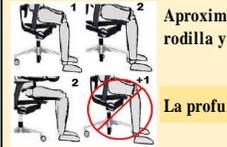
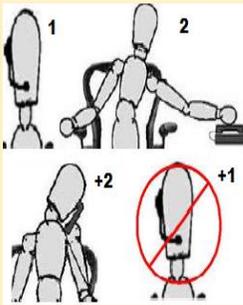
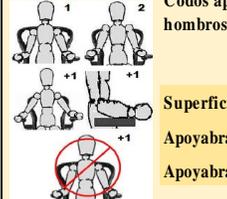
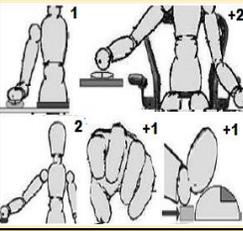
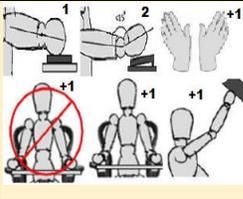
**Tabla 50.** Ficha de imágenes método ROSA

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 01
	<b>Cargo:</b> Analista de compras públicas	<b>Hoja N°.</b> 01
<b>Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas</b>		
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;">  </div> <div style="width: 45%;">  </div> </div>		
		

**Tabla 50.** Ficha de imágenes método ROSA (continuación)

	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Evaluación ROSA</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Puntuación individual</th> <th>Puntuación parcial</th> <th>Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sección A</td> <td>5</td> <td>5</td> <td rowspan="3">5</td> </tr> <tr> <td>Sección B</td> <td>2</td> <td rowspan="2">3</td> </tr> <tr> <td>Sección C</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nivel de riesgo</td> <td colspan="3">Nivel de acción</td> </tr> <tr> <td>Nivel 3</td> <td colspan="3">Se requiere de una evaluación adicional tan pronto como sea posible.</td> </tr> </tbody> </table>	Evaluación ROSA					Puntuación individual	Puntuación parcial	Puntuación final	Sección A	5	5	5	Sección B	2	3	Sección C	3	Nivel de riesgo	Nivel de acción			Nivel 3	Se requiere de una evaluación adicional tan pronto como sea posible.		
Evaluación ROSA																										
	Puntuación individual	Puntuación parcial	Puntuación final																							
Sección A	5	5	5																							
Sección B	2	3																								
Sección C	3																									
Nivel de riesgo	Nivel de acción																									
Nivel 3	Se requiere de una evaluación adicional tan pronto como sea posible.																									

Tabla 51. Valoración método ROSA

		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Compras públicas		Ficha N°. 08							
Cargo: Analista de compras públicas		Hoja N°. 01							
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p> <p><b>0</b></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>							
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>5</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>5</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>3</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>3</b>	<b>Nivel de riesgo medio</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>				<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
Se requiere una evaluación adicional tan pronto como sea posible		<b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Determinar tiempo de duración

Mediante la observación de las actividades que realiza la empleada en la jornada laboral se puede determinar que permanece más de 4 horas diarias en la silla, realizando su trabajo tanto en computadora como revisando papelería, de igual forma sus actividades las realiza en bodega en donde verifica los productos y receipta facturas de los proveedores, por tal razón se determina que el tiempo de actividad utilizando los periféricos de la computadora es entre 1 a 4 horas diarias. .

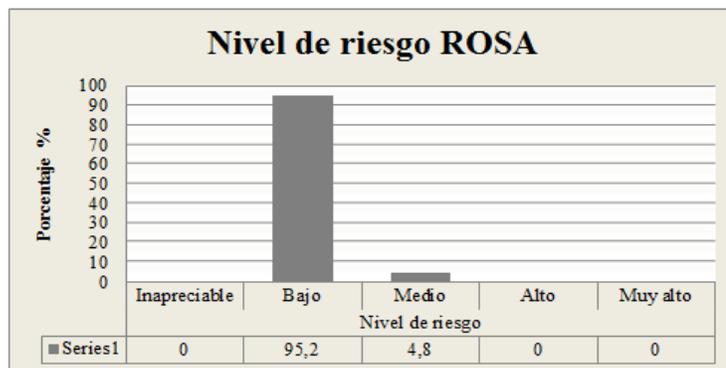
### Interpretar resultados obtenidos

En la Tabla 52, presentada a continuación se detalla un resumen de la evaluación ROSA efectuada a los empleados del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí.

**Tabla 52.** Resumen de evaluación ROSA

Distribución de puntuaciones de las secciones del método ROSA														
Sección	Puntaje													
	0		1		2		3		4		5		6	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
A	Altura de la silla		1	2,4	30	73,2	10	24,4						
	Profundidad del asiento				35	85,4	6	14,6						
	Apoyabrazos		4	9,8			37	90,2						
	Soporte de la espalda				13	31,7	24	58,5	4	9,8				
B	Monitor				5	12,2	18	43,9	15	36,6	3	7,3		
	Teléfono		39	95,1	2	4,9								
C	Ratón		4	9,8	14	34,1	15	36,6	8	19,5				
	Teclado				1	2,4	15	36,6	19	46,3	6	14,6		
Puntuación final ROSA							4	9,8	35	85,4	1	2,4	1	2,4

La Fig. 32, detalla las puntuaciones finales obtenidas en la evaluación mediante el método RULA, tanto para el lado derecho como para el izquierdo.



**Fig. 32** Nivel de riesgo ROSA

**Análisis:**

El 2,4% de la población presenta un puntaje de 1 en la altura de la silla, el 73,2% un puntaje de 2 y el 24,4% un puntaje de 3, respecto al análisis de la profundidad del asiento, el 85,4% obtiene la puntuación de 2 y el 14,6% la puntuación de 3. En el estudio del apoyabrazos se obtuvo el 9,8% con puntaje 0 y el 90,2% con puntaje 2. En el análisis del soporte de la espalda, el 31,7% obtiene el puntaje de 1, el 58,5% con puntaje 2 y el 9,8% con puntaje 3. El 12,2% de la población presenta un puntaje de 1 en el monitor, el 43,9% un puntaje de 2, el 36,6% un puntaje de 3 y el 7,3% un puntaje de 4. Respecto al análisis del teléfono, el 95,1% obtiene la puntuación de 0 y el 4,9% la puntuación de 1. En el estudio del ratón se obtuvo el 9,8% con puntaje 0, el 34,1% con puntaje 1, el 36,6% con puntaje 2 y el 19,5% con puntaje 3. El 2,4% de la población presenta un puntaje de 1 en el monitor, el 36,6% un puntaje de 2, el 46,3% un puntaje de 3 y el 14,6% un puntaje de 4. El resultado final del método ROSA es del 9,8% con puntaje 3, el 85,4% con puntaje 4, el 2,4% con puntaje 5 y 6 el 2,4% cada uno. El nivel de riesgo mencionado en la Fig. 32, detalla que el 95,2% presenta un nivel de riesgo bajo y el 4,8% un nivel de riesgo medio.

**Interpretación:**

Los resultados indican que la mayor parte de los empleados obtienen el puntaje de 2 en la altura de la silla esto quiere decir que pasan más de 4 horas al día sentados y la silla se encuentra demasiado baja o demasiado alta pero esta cuenta con regulación, de igual manera la puntuación de 2 en la profundidad del asiento prevalece en la mayor parte de trabajadores, notándose que existe un espacio adecuado entre la rodilla y el borde del asiento pero con la falencia que la profundidad no es regulable. En el análisis del apoyabrazos la mayor parte de trabajadores obtienen el puntaje de 2 debido a que los apoyabrazos están en línea con el hombro pero no son ajustables, en el soporte de la espalda la puntuación de 2 para la mayor parte del personal se da porque la mesa de trabajo es muy alta pese a que la inclinación del espaldar tiene un soporte lumbar adecuado y está entre 95° y 110° como recomienda el método ROSA. En el monitor se obtiene un puntaje de 2 para gran parte de la población estudiada porque por lo general la altura del monitor es adecuada en la mayor parte de puestos de trabajo pero en

ninguno de ellos cuentan con soporte de documentos, en la evaluación del teléfono un importante porcentaje del personal obtuvo 0 porque no cuentan con este servicio y quienes obtuvieron 1 utilizan menos de 1 hora al día y con una postura correcta. En la evaluación del ratón la mayor parte obtuvo el puntaje de 2 debido a que lo tienen alejado al cuerpo o en diferentes superficies a distintas alturas y lo utilizan entre 1 y 4 horas al día, en el teclado obtienen un puntaje de 3, debido a que las muñecas las tienen extendidas o existe desviación mientras escriben a más de que la plataforma del teclado no es ajustable. La puntuación final para la mayor parte del personal es de 4, debido a que tienen un nivel de riesgo bajo y no se requiere una evaluación de inmediato.

La ergonomía de la silla es parte fundamental en el trabajo de oficina ya que esta ayuda a que las piernas y brazos se encuentren en una posición correcta como recomienda el método ROSA, en un estudio en Bulgaria en el Centro Nacional de Salud Pública los resultados indicaron que los asientos tenían la mayor restricción en el movimiento adecuado del trabajador, la libertad de movimiento y las restricciones posturales parecían estar relacionadas con la incomodidad fisiológica y subjetiva, así como con los patrones de carga espinal [69].

En un estudio en Madrid sobre la asociación entre trabajos computacionales y TME en trabajadores de oficina determinaron que la duración del trabajo frente a un computador tiene un significativo impacto en la frecuencia de los síntomas cuando el usuario supera las seis horas diarias de trabajo frente al computador, el movimiento repetitivo de los miembros superiores requerido para accionar los periféricos del computador hacen que las solicitaciones músculo esqueléticas sean altas para el confort de las estructuras anatómicas. [70].

En la investigación realizada en un centro médico en la ciudad de Bogotá, se evidencio que los síntomas localizados en la región lumbar 50,5%, seguido de síntomas en cuello 46,2% y manos 44,2%, eran los más frecuentes en la población administrativa objeto de estudio [67].

#### 4.6. Método RULA (Rapid Upper Limb Assessment, Valoración Rápida de los Miembros Superiores)

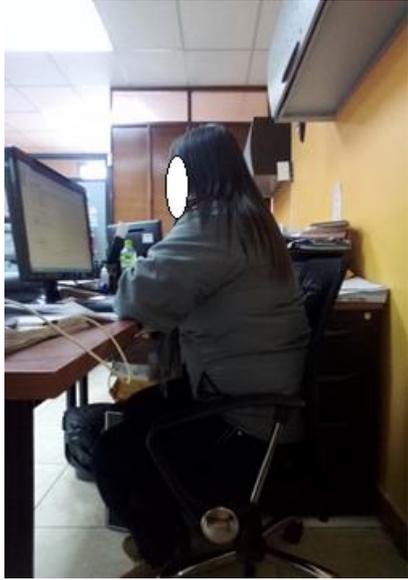
##### Determinar el tiempo de observación

El primer paso para la evaluación mediante el método RULA consiste en la observación de las tareas que desempeña el trabajador, en las actividades que realizan los empleados administrativos del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí no existen ciclos, por lo tanto se realiza evaluaciones de 10 minutos a intervalos regulares.

##### Identificar posturas

En la Tabla 53, se presenta un ejemplo de las posturas encontradas en el periodo de observación de las actividades de un empleado del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí, a cada postura se le asigna un código el cual representa las iniciales del nombre y apellido de la persona y el número figura el orden en el que se las identificó, ver Anexo 05.

Tabla 53. Posturas Maricela Escudero

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre: -</b>	
	<b>Departamento: Talento Humano</b>	
	<b>Cargo: Analista senior de talento humano</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>POSTURA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
ME1		Planificar horarios de trabajo en el sistema.

**Tabla 53.** Posturas Maricela Escudero (continuación)

ME2		Planificar horarios de trabajo en el sistema.
ME3		Revisión de horas extra.
ME4		Revisión de documentos en los cajones del escritorio.

**Determinación de frecuencias y selección de posturas a analizar**

Para realizar la evaluación utilizando el método RULA se requiere seleccionar aquellas posturas que, a priori, supongan una mayor carga postural bien por su duración, bien por

su frecuencia o porque presentan mayor desviación respecto a la posición neutra. En la Tabla 54, se detalla un ejemplo de la información identificada de un empleado del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí, la postura seleccionada fue ME1 por ser las de mayor duración tanto en el primer periodo de observación como en el segundo. Ver Anexo 06.

**Tabla 54.** Selección de la postura

ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO				
Nombre: Maricela Escudero		Departamento: Talento Humano		Cargo: Analista senior de talento humano
Posturas y tiempos				Posturas seleccionadas
Periodo de muestreo	Cód. de postura	Rep.	Tiempo unitario (seg)	Tiempo parcial (seg)
15:10 - 15:20	ME1	11	49-56-5-48-25-61-31-57-19-81-8	440
	ME2	9	4-5-3-4-4-18-6-4-10	58
	ME3	5	10-12-11-13-20	66
	ME4	3	13-5-18	36
15:21 - 15:31	ME1	14	57-11-15-23-16-4-41-32-10-1-6-103-6-2	327
	ME2	8	14-7-2-1-2-2-3-3	34
	ME3	6	33-58-4-37-38-58	228
	ME4	1	11	11
Frecuencias				
Código de postura	Número de repeticiones	Frecuencia de acción		
ME1	25	1,25		
ME2	17	0,85		
ME3	11	0,55		
ME4	4	0,2		

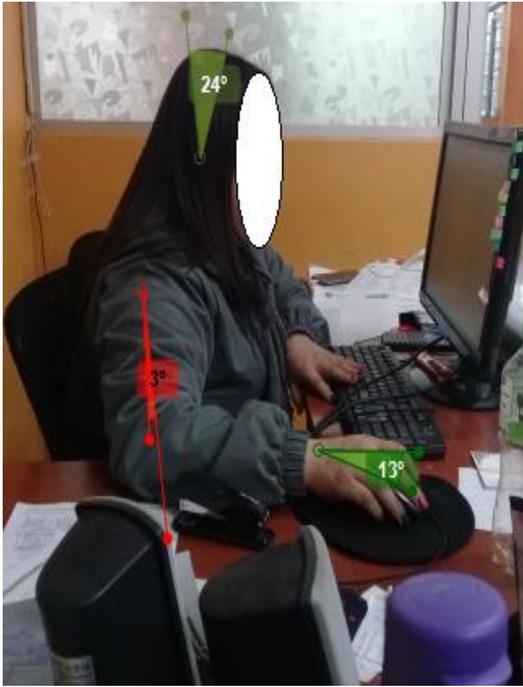
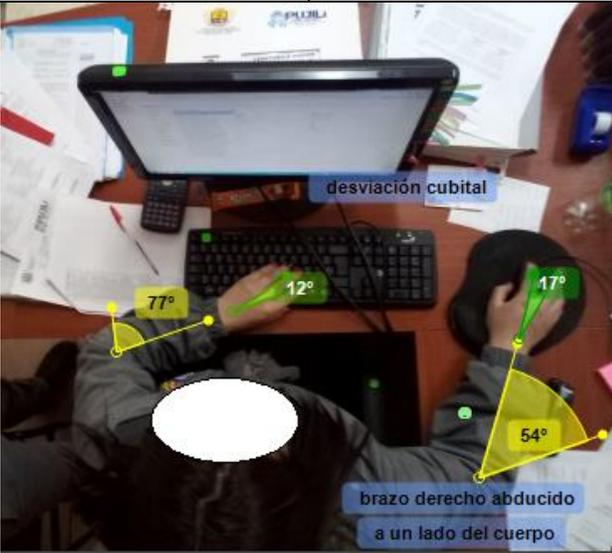


Se analiza la frecuencia de acción de las posturas ME1 por ser la de mayor duración pero no se determina que existe un tipo de actividad repetitiva, por lo tanto se define como una actividad estática porque mantiene la postura más de un minuto seguido.

**Valorar las posturas seleccionadas**

Seleccionadas las posturas se procede a realizar la toma fotográfica de los planos sagital, coronal y transversal de dichas posturas para efectuar la evaluación, un ejemplo se observa en la Tabla 55 y en la Tabla 56. Ver Anexo 07 y Anexo 08.

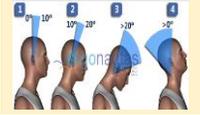
Tabla 55. Ficha de imágenes método RULA

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento Humano	<b>Ficha N°.</b> 44
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 01
Valoración Rápida de los Miembros Superiores (Postura ME1)		
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>55°</p> <p>sentada</p> <p>pies asentados</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>24°</p> <p>3°</p> <p>13°</p> </div> </div>		
 <p>desviación cubital</p> <p>77°</p> <p>12°</p> <p>17°</p> <p>54°</p> <p>brazo derecho abducido a un lado del cuerpo</p>		

**Tabla 55.** Ficha de imágenes método RULA (continuación)

Evaluación RULA (derecha)		Puntuación individual	Puntuación global	Actividad muscular	Carga Ejercida	Puntuación		Puntuación final	Nivel	Actuación	
GRUPO A	Brazo	2	4	1	0	C	5	5	NIVEL 3	Se requiere el rediseño de la tarea.	
	Antebrazo	3									
	Muñeca	3									
	Giro muñeca	1									
GRUPO B	Cuello	3	3	1	0	D	4	5	NIVEL 3		
	Tronco	1									
	Piernas	1									
Evaluación RULA (izquierda)		Puntuación individual	Puntuación global	Actividad muscular	Carga Ejercida	Puntuación		Puntuación final	Nivel		Actuación
GRUPO A	Brazo	3	4	0	0	C	5	5	NIVEL 3		Se requiere el rediseño de la tarea.
	Antebrazo	1									
	Muñeca	2									
	Giro muñeca	1									
GRUPO B	Cuello	3	3	0	0	D	4	5	NIVEL 3		
	Tronco	1									
	Piernas	1									

Tabla 56. Valoración método RULA

MÉTODO RULA			
Nombre: -		Departamento: Talento Humano	
Cargo: Analista senior de talento humano			
GRUPO B		GRUPO A	
TRONCO		LADO DERECHO	LADO IZQUIERDO
 <p>Sentado</p> <p>Rotación <input type="checkbox"/></p> <p>Lateral <input type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>		<p>BRAZO</p>  <p>0-20° extensión</p> <p>Abducción <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Hombro elevado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Apojado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>	<p>BRAZO</p>  <p>46-90° flexión</p> <p>Abducción <input type="checkbox"/></p> <p>Hombro elevado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Apojado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>
CUELLO		ANTEBRAZO	ANTEBRAZO
 <p>&gt;20° flexión</p> <p>Rotación <input type="checkbox"/></p> <p>Lateral <input type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<p>ANTEBRAZO</p>  <p>&lt; 60° flexión</p> <p>Lado del cuerpo <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Línea media <input type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>	<p>ANTEBRAZO</p>  <p>60°-100° flexión</p> <p>Lado del cuerpo <input type="checkbox"/></p> <p>línea media <input type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>
PIERNAS		MUÑECA	MUÑECA
 <p>Sentado, con piernas y pies bien apoyados</p> <p><b>1</b></p>		<p>MUÑECA</p>  <p>0°-15° flexión/ extensión</p> <p>D.radial <input type="checkbox"/></p> <p>D.cubital <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>P/S media <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>P/S extr... <input type="checkbox"/></p> <p>Giro <input type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>	<p>MUÑECA</p>  <p>posición neutra</p> <p>D.radial <input type="checkbox"/></p> <p>D.cubital <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>P/S media <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>P/S extr... <input type="checkbox"/></p> <p>Giro <input type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>
PUNTUACIÓN B		PUNTUACIÓN A - LADO DERECHO	
<b>3</b>		<b>4</b>	
<p>Tipo de actividad</p> <p>Estática (se mantiene más de un minuto seguido) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Repetitiva (se repite más de 4 veces cada minuto) <input type="checkbox"/></p> <p>Ocasional, poco frecuente y de corta duración <input type="checkbox"/></p> <p>Carga o fuerza</p> <p>Carga menor de 2 Kg. mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga entre 2 y 10 Kg. mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga entre 2 y 10 Kg. estática o repetitiva <input type="checkbox"/></p> <p>Carga superior a 10 Kg mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga superior a 10 Kg estática o repetitiva <input type="checkbox"/></p> <p>Se producen golpes o fuerzas bruscas o repentinas <input type="checkbox"/></p>		PUNTUACIÓN A - LADO IZQUIERDO	
PUNTUACIÓN D		PUNTUACIÓN C - LADO DERECHO	
<b>4</b>		<b>5</b>	
PUNTUACIÓN RULA DERECHA		NIVEL DE RIESGO	
<b>5</b>		NIVEL 3	
PUNTUACIÓN RULA IZQUIERDA		NIVEL DE ACCIÓN	
<b>5</b>		Se requiere el rediseño de la tarea	
		NIVEL DE RIESGO	
		NIVEL 3	
		NIVEL DE ACCIÓN	
		Se requiere el rediseño de la tarea	

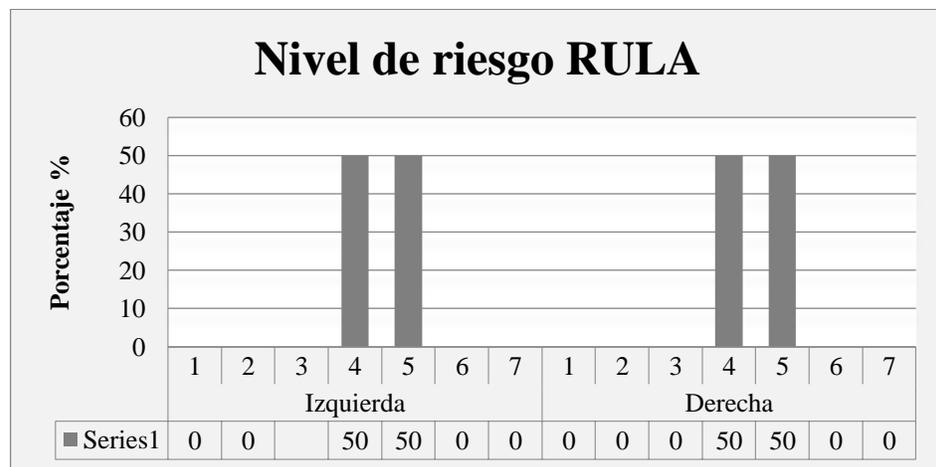
### Interpretar resultados obtenidos

En la Tabla 57, que se presenta a continuación se detalla un resumen de la evaluación RULA efectuada a los empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Pujilí.

**Tabla 57.** Resumen de evaluación RULA

Distribución de puntuaciones de los grupos del método RULA																				
Grupo	Lado	Parte del cuerpo	Puntaje																	
			0		1		2		3		4		5		6		7			
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
A	Derecho	Brazo			2	100														
		Antebrazo							2	100										
		Muñeca			1	50					1	50								
		Giro muñeca			2	100														
A	Izquierdo	Brazo			1	50					1	50								
		Antebrazo			2	100														
		Muñeca							2	100										
		Giro muñeca			2	100														
B		Cuello								2	100									
		Tronco			1	50	1	50												
		Piernas			2	100														
		Puntuación final derecha								1	50	1	50							
		Puntuación final izquierda								1	50	1	50							

La Fig. 33, detalla las puntuaciones finales obtenidas en la evaluación mediante el método RULA, tanto para el lado derecho como para el izquierdo.



**Fig. 33** Nivel de riesgo RULA

### **Análisis:**

El 100% de las posturas evaluadas presenta el puntaje de 2 en el brazo derecho, en el brazo izquierdo los resultados indican el 50% con puntaje 1 y el 50% con puntaje 3. En el antebrazo derecho se indica que el 100% tiene el puntaje de 3 y en el antebrazo izquierdo se identifica que el 100% tiene puntaje 1. En la muñeca derecha se determina el puntaje de 1 para el 50% y puntaje 3 para el 50%, en la muñeca izquierda se determina el puntaje de 2 para el 100%. En el giro de la muñeca derecha e izquierda se presenta la puntuación de 1 para el 100%, de igual manera en la puntuación de las piernas, en el troco se indica que el 50% tiene puntuación 1 y el 50% puntuación 2, en el cuello se determina el puntaje de 3 para el 100%. En la Fig. 32, se detalla que el nivel de riesgo 2 es del 50% y el nivel de riesgo 3 es del 50% para el lado derecho, de igual forma para el lado izquierdo.

### **Interpretación**

Los resultados indican que todas las personas evaluadas obtienen el puntaje de 2 en el brazo derecho, esto quiere decir que existe flexión entre 20° y 45°, se encuentra apoyado y por lo general existe abducción por las mesas altas en el lugar de trabajo, en el brazo izquierdo la puntuación de 1 para el 50% y la puntuación de 3 para el 50% lo que indica que hay flexión de 45° a 90° con el hombro elevado y apoyado. La puntuación de 2 en el antebrazo derecho para el 100% indica flexión menor a 60° y la puntuación de 1 en el antebrazo izquierdo para el 100% determina que hay flexión de 60° a 100° y está pegado al cuerpo mientras realizan sus labores. En el análisis de la muñeca derecha el 50% obtiene un puntaje de 1 debido a que se encuentra en posición neutra y el 50% restante obtiene un puntaje de 3 porque presenta una flexión entre 0° y 15° con desviación cubital. En el giro de la muñeca todos los encuestados obtienen la puntuación de 1 debido a su correcta postura que máximo ejerce una pronación o supronación media, en el cuello la puntuación de 3 es para todo el personal y se da porque el cuello lo mantienen flexionado a más de 20°. En el tronco se obtiene un puntaje de 1 para el 50% porque el trabajo lo realiza sentado y 50 % obtiene puntaje 2 porque al trabajar rotan el tronco o lo lateralizan, pero también depende del tipo de actividad que realizan, en este caso es estático porque se mantiene más de un minuto seguido, en la evaluación de las

piernas todo el personal obtuvo 1 porque se mantienen sentados la mayor parte de la jornada laboral. La puntuación final del lado derecho e izquierdo de la postura LS1 es de 4 con un nivel de riesgo 2 que indica que pueden requerirse cambios en la tarea y la puntuación final del lado derecho e izquierdo de la postura ME1 es de 5 con un nivel de riesgo 3 que indica que se requiere el rediseño de la tarea.

En un estudio en el Centro Nacional de Salud Pública de Bélgica se identificó que las quejas en la región de la espalda están vinculadas principalmente a la postura de trabajo no ergonómico, organización del trabajo, duración inadecuada y problemas en la organización de las tareas de trabajo [69].

En la investigación al personal administrativo del IDS se identificó que las posturas prolongadas en sedente van ligadas a la presencia de sintomatología de origen músculo esquelético, puesto que el 20 %, 45 % y 26 % de los administrativos que presentaron síntomas, permanecen en una postura sedente por 6, 7 y 8 horas respectivamente; el 80% de los administrativos que refirieron dolor en espalda alta adoptan una posición entre 0 y 20° de flexión de tronco y el 73 % presenta rotación axial o inclinación lateral, estos datos corroboran que la mayor incidencia de dolor se ubica en la zona lumbar; considerada la segunda causa de morbilidad profesional reportada por las entidades promotoras de salud y que requiere medidas preventivas para evitar que siga creciendo. [67].

#### **4.7. Encuesta**

El test Nórdico de Kuorinka aplicado a los empleados administrativos del G.A.D. Municipal de cantón Pujilí se presenta en el Anexo 09, este cuestionario tiene como restricción la aplicación a personas que hayan asistido al médico por dolencias en las partes del cuerpo que menciona este documento por consecuencia del trabajo, ya que el cuestionario es una herramienta que ayuda a detectar síntomas iniciales que aún no se han constituido como enfermedades, por tal motivo su valor radica en entregar información que permita estimar el nivel de riesgos de manera proactiva y permita una actuación precoz [48]. Los resultados del test se presentan a continuación.

En la Tabla 58, se detalla un resumen de la sintomatología de dolor músculo esquelético en el cuello de los empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Pujilí.

**Tabla 58.** Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en el cuello

Personas que responden el ítem	<b>Tabla de porcentajes de sintomatología de dolor en el cuello</b>												
38	¿Ha tenido molestias?	Si 57,9%						No 42,1%					
22	¿Desde hace cuánto tiempo?	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	6 meses	8 meses	12 meses	16 meses	24 meses	36 meses	>36 meses	
		4,54%	4,54%	9,09%	4,54%	9,09%	9,09%	27,31%	4,54%	13,63%	9,09%	4,54%	
	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	Si 13,6%						No 86,4%					
	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	Si 81,8%						No 18,2%					
18	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días 50%			8-30días 16,66%			>30 días seguidos 16,66%			siempre 16,66%		
	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1 hora 55,65%		1-24 horas 16,65%		1-7 días 22,15%		1-4 semanas 0%		> 1 mes 5,55%			
	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días 72,2%			1-7 días 27,8%			1-4 semanas 0%			> 1 mes 0%		
	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	Si 16,7%						No 83,3%					
	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	Si 55,6%						No 44,4%					
	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	0	1	2	3	4	5	0%	0%	38,9%	33,3%	11,1%	16,7%
	¿A qué atribuye estas molestias?	estrés 27,77%		falta de ergonomía 11,12%		mala postura 27,77%		no hay protector de pantalla 5,57%		trabajo 27,77%			

### **Análisis:**

De los 38 trabajadores encuestados en la organización, el 57,9% de los empleados administrativos que representa 22 personas han evidenciado alguna vez la presencia de molestias en el cuello, el tiempo desde que han evidenciado por primera vez el malestar varía entre 1 mes el 4,54%, 2 meses 4,54%, 3 meses 9,09%, 4 meses 4,54%, 6 meses 9,09%, 12 meses 27,31%, 16 meses 4,54%, 24 meses 13,63%, 36 meses 9,09% y más de 36 meses 4,54%.

De las 22 personas que han presenciado alguna ocasión molestias en la región del cuello, el 13,6% ha necesitado cambiar a otro puesto de trabajo para disminuir dichas dolencias y el 81,8% de ellas que alude a 18 personas han tenido este malestar en los últimos 12 meses.

De las 18 personas analizadas, el 50% han presenciado molestias en los últimos 12 meses entre 1-7 días, el 16,66% entre 8-30 días, el 16,66% más de 30 días seguidos y el 16,66% siempre presentan dolor. El tiempo que dura el episodio de dolor para el 55,65% ha sido menor a 1 hora, el 16,65% entre 1-24 horas, el 22,15% entre 1-7 días y el 5,55% más de un mes.

De las 18 personas que presenciaron molestias en los últimos 12 meses, al 72,2% no le ha impedido realizar su trabajo en los últimos 12 meses por estas dolencias y el 27,8% no lo ha podido hacer entre 1-7 días, el 16,7% ha recibido tratamiento médico por estas molestias en el cuello, el 55,6% de las 18 personas si las han presenciado en los últimos 7 días.

El 38,9% de los 18 empleados en una escala del 0 al 5 califica con 2 a la severidad de las molestias, el 33,3% con 3, el 11,1% con 4 y el 16,7% con 5 y se las atribuye principalmente al estrés 27,7%, malas posturas 27,7%, al trabajo en general 27,7%, falta de ergonomía 11,12% y debido a que no cuenta el monitor con protector de pantalla el 5,57% de personal.

## **Interpretación**

Gran parte de los encuestados en la organización presentan dolor en el cuello, molestias que lo han evidenciado en los últimos días, indicando malestar entre leves y muy fuertes, las que al mostrarse continuamente genera fatiga al músculo y eleva los niveles de cortisol, hormona producida por la glándula suprarrenal, la cual se libera como respuesta al estrés y está relacionada con las molestias músculo esqueléticas, además el estrés es el factor al que una gran parte de los empleados atribuyen ser responsable de sus molestias [69].

En Valencia un estudio realizado a personal de enfermería menciona que la exposición a altas demandas, el desequilibrio esfuerzo recompensa, además una inadecuada organización en el trabajo son factores psicosociales de riesgo y sus efectos adversos actúan como factores estresantes psicosociales, mismos que causan reacciones de estrés lo que podrían conducir a mediano o corto plazo a respuestas como tensión muscular y a largo plazo en un mayor riesgo de presentar trastornos músculo esqueléticos en extremidades superiores incluido el cuello [71].

En un estudio reciente llevado a cabo en el Instituto Tecnológico de Costa Rica en la Sede Central Cartago entre 1428 individuos dedicados a las labores de oficina indican que existe alta prevalencia de dolor en alguna parte del cuerpo, principalmente el dolor se presenta en la región de la cabeza/cuello en un 42% del total de la población analizada [72].

En un estudio para determinar la relación que existe entre los desórdenes osteomusculares y la auto percepción de la postura en segmentos corporales frente a una pantalla de visualización de datos (PVD), en las personas con trabajos de oficina de la Universidad de Antioquia (Medellín – Colombia) se determinó que el 54,8% de la población analizada presenta como principal afectación molestias en la región del cuello [74].

En la Tabla 59, que se presenta a continuación se detalla un resumen de la sintomatología de dolor muscular en el hombro de los empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Pujilí.

**Tabla 59.** Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en el hombro

Personas que responden el ítem	<b>Tabla de porcentajes de sintomatología de dolor en el hombro</b>												
38	¿Ha tenido molestias?	<b>Hombro izquierdo</b>			<b>Hombro derecho</b>			<b>Los dos</b>		<b>No</b>			
		5,3%			23,7%			2,6%		68,4%			
12	¿Desde hace cuánto tiempo?	<b>1 mes</b>	<b>2 meses</b>	<b>3 meses</b>	<b>4 meses</b>	<b>6 meses</b>	<b>8 meses</b>	<b>12 meses</b>	<b>16 meses</b>	<b>24 meses</b>	<b>36 meses</b>	<b>&gt;36 meses</b>	
		0%	8,33%	8,33%	0%	25%	8,33%	41,68%	0%	8,33%	0%	0%	
	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	<b>Si</b>					<b>No</b>						
	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	83,3%					16,7%						
10	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	<b>1-7 días</b>			<b>8-30 días</b>			<b>&gt;30 días seguidos</b>		<b>siempre</b>			
		40%			20%			30%		10%			
	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	<b>&lt; 1 hora</b>		<b>1-24 horas</b>		<b>1-7 días</b>		<b>1-4 semanas</b>		<b>&gt; 1 mes</b>			
		30%		30%		30%		0%		10%			
	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	<b>0 días</b>			<b>1-7 días</b>			<b>1-4 semanas</b>		<b>&gt; 1 mes</b>			
		90%			10%			0%		0%			
	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	<b>Si</b>					<b>No</b>						
	10%					90%							
¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	70%					30%							
	<b>Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>						
		0%	0%	20%	60%	10%	10%						
¿A qué atribuye estas molestias?	<b>estrés</b>	<b>falta de ergonomía</b>		<b>mala postura</b>		<b>exposición continua a la pc</b>		<b>trabajo</b>					
	30%	10%		10%		20%		30%					

### **Análisis:**

De los 38 trabajadores encuestados en la organización municipal, el 5,3%, 23,7% y el 2,6% que representan 12 personas han evidenciado alguna vez padecer molestias en la zona del hombro izquierdo, en el hombro derecho y en los dos hombros respectivamente, el tiempo desde que han evidenciado por primera vez el malestar varía entre 2 meses el 8,33%, 3 meses 8,33%, 6 meses 25%, 8 meses 8,33%, 12 meses 41,68% y 24 meses el 8,33%.

De las 12 personas que han presenciado molestias en los hombros ya sea derecho, izquierdo o los dos, el 33,3% ha necesitado cambiar de puesto de trabajo por dichas dolencias y el 83,3% que alude a 10 personas han tenido este malestar en los últimos 12 meses.

De las 10 personas analizadas, el 40% de ellas han presenciado dolencias en los últimos 12 meses entre 1-7 días, 20% entre 8-30 días, 30% más de 30 días seguidos y 10% de los empleados siempre presentan dolor. El 30% ha presentado un episodio de dolor menor a 1 hora, 30% entre 1-24 horas, 30% de 1-7 días y 10% ha presentado episodios de dolor en tiempos mayores a un mes.

De las 10 personas analizadas que presenciaron molestias en la región de los hombros, al 90% de ellos no les ha impedido realizar su trabajo en la organización en los últimos 12 meses con normalidad y el 10% no ha podido realizar sus labores administrativas entre 1-7 días. El 10% ha recibido tratamiento médico por molestias en los hombros en los últimos 12 meses y el 70% de personas han presenciado estos síntomas en los últimos 7 días.

El 20% de los 10 empleados, en una escala del 0 al 5 califica con 2 a la severidad de las molestias, el 60% con 3, el 10% con 4 y el 10% con 5. El 30% de personas atribuye principalmente su malestar al estrés, 30% al trabajo, 20% a la exposición continua a la pc, 10% a la falta de ergonomía y el 10% a las malas posturas.

**Interpretación:**

Los resultados del test detallan que un porcentaje considerable de empleados administrativos de la municipalidad de Pujilí presentan dolor en la zona de los hombros y la mayoría de ellos indica haber presentado malestar en el hombro derecho, la patología de hombro tiene un lugar destacado entre las enfermedades profesionales, tanto por su elevada incidencia como por las importantes secuelas derivadas de su lesión. Según datos oficiales, de todas de enfermedades profesionales declaradas, casi el 50% pertenecen a las patologías causadas por las posturas forzadas y por los movimientos repetitivos en el trabajo, los mismos que a través del tiempo producen la fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, tejidos peri tendinosos e inserciones musculares y tendinosas [73].

En una investigación realizada al personal administrativo del IDSN para caracterizar la sintomatología de origen musculo-esquelético, posturas y posiciones corporales, se identificó otros factores individuales que pueden influir en la aparición de la sintomatología de origen músculo esquelético, uno de ellos es el sexo, en la investigación encontraron que el 80 % de las mujeres presentan esta sintomatología, de las cuales el 25,7 % exhibieron dolor a nivel de hombro y además encontraron que específicamente las mujeres presentan un incremento en el riesgo de hombro doloroso [67].

En un proyecto de investigación realizado a 20 trabajadores de oficina que utilizan diariamente computadora y celular en las oficinas de la Cooperativa de ahorro y crédito indígena SAC Ltda., los empleados han padecido trastornos músculo esqueléticos, específicamente el 75% ha presenciado molestias en el hombro derecho y en la espalda alta [74].

En un estudio realizado a 96 trabajadores de oficina del Hospital César Amador y Mauricio Abdalah en Managua se determinó que el 49,4% de empleados presenta síntomas de dolor en la zona del hombro derecho [77].

En la Tabla 60, que se presenta a continuación se detalla un resumen de la sintomatología de dolor músculo esquelético en el dorso o lumbar de los empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Pujilí.

**Tabla 60.** Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en el dorso o lumbar

Personas que responden el ítem	<b>Tabla de porcentajes de sintomatología de dolor en el dorso o lumbar</b>											
38	¿Ha tenido molestias?	<b>Si</b> 36,8%					<b>No</b> 63,2%					
14	¿Desde hace cuánto tiempo?	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	16 meses	24 meses	36 meses	>36 meses
		0%	7,14%	7,14%	0%	0%	7,14%	28,59%	7,14%	21,43%	7,14%	14,28%
	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	<b>Si</b> 21,4%					<b>No</b> 78,6%					
	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	<b>Si</b> 85,7%					<b>No</b> 14,3%					
12	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	<b>1-7 días</b> 25%		<b>8-30 días</b> 58,3%			<b>&gt;30 días seguidos</b> 0%			<b>siempre</b> 16,7%		
	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	<b>&lt; 1 hora</b> 16,7%		<b>1-24 horas</b> 41,7%		<b>1-7 días</b> 33,3%		<b>1-4 semanas</b> 0%		<b>&gt; 1 mes</b> 8,3%		
	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	<b>0 días</b> 66,7%		<b>1-7 días</b> 33,3%			<b>1-4 semanas</b> 0%			<b>&gt; 1 mes</b> 0%		
	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	<b>Si</b> 41,7%					<b>No</b> 58,3%					
	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	<b>Si</b> 66,7%					<b>No</b> 33,3%					
	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>					
		0%	8,3%	25%	25%	25%	16,7%					
¿A qué atribuye estas molestias?	<b>postura prolongada</b> 16,67%		<b>falta de ergonomía</b> 16,67%		<b>mala postura</b> 16,67%		<b>sobrecarga</b> 16,67%		<b>trabajo</b> 33,33%			

### **Análisis:**

De los 38 trabajadores encuestados en la organización municipal de Pujilí, el 36,8% que representa 14 personas han evidenciado alguna vez molestias en la zona del dorso o lumbar, el tiempo desde que han evidenciado por primera vez el malestar en la zona mencionada anteriormente varía entre 2 meses el 7,14%, 3 meses 7,14%, 9 meses 7,14%, 12 meses 28,59%, 16 meses 7,14%, 24 meses 21,43%, 36 meses 7,14% y más de 36 meses el 14,28%.

De las 14 personas que han presenciado molestias en el dorso o lumbar, el 21,4% ha necesitado cambiar de puesto de trabajo por dichas dolencias y el 85,7% de ellas que alude a 12 personas indican que han venido presentando este malestar en los últimos 12 meses.

De las 12 personas que continuaron la encuesta Nórdica, el 25% de ellas han presenciado dolencias en los últimos 12 meses entre 1-7 días, 58,3% entre 8-30 días y el 16,7% restante indica que presenta esta molestia siempre. El 16,7% ha presentado episodios de dolor menores a 1 hora, 41,7% entre 1-24 horas, 33,3% entre 1-7 días, 8,3% mayores a 1 mes.

De las 12 personas, al 66,7% de ellas las molestias en el dorso o lumbar no le ha impedido realizar su trabajo en los últimos 12 meses y el 33,3% no lo ha podido hacer entre 1-7 días por la sintomatología de dolor. El 41,7% ha recibido tratamiento médico por molestias en el dorso o lumbar y el 66,7% de las 12 personas si han presenciado estas molestias en los últimos 7 días.

En una escala que va desde el 0 al 5, el 25% de personas indican un nivel de dolor de 2, 25% indican un nivel 3, 25% nivel 4 y 16,7% selecciona un nivel de 5 a la severidad de las molestias, el 33,33% de las personas las atribuye principalmente al trabajo y el 16,6% por malas posturas, posturas prolongadas, falta de ergonomía o sobrecarga individualmente.

**Interpretación:**

Los resultados del test Nórdico muestran que un porcentaje significativo de empleados administrativos presenta dolor en la zona del dorso o lumbar, zona corporal que se reporta como la más afectada entre las demás partes del cuerpo con un 37,8% según los resultados de un estudio realizado al personal de enfermería de una clínica de la Costa Atlántica [75].

Según un estudio de sintomatología músculo esquelética de posturas y posiciones corporales en el personal administrativo del Instituto Departamental de Salud de Nariño se detalla que en general la sintomatología de origen músculo esquelético estuvo presente en el 71,7 % del personal administrativo, siendo más frecuente la presencia de dolor y principalmente en la zona baja de la espalda con el 21,4 %, seguido por la parte cervical en el 17,1 % de los empleados y en la zona alta de la espalda en el 15,7 % de ellos [67].

En un estudio realizado a 1428 personas que realizan actividades de oficina en el Instituto Tecnológico de Costa Rica – Cartago, sus resultados mencionan que existe una alta prevalencia de dolor músculo esquelético en la espalda baja, afectando al 34% de la población [72].

En España, según datos de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el 74,2% de los trabajadores señala sentir algún TME. Entre las molestias más frecuentes, figuran las localizadas en la zona baja de la espalda (40,1%), la nuca/cuello (27%) y la zona alta de la espalda (26,6%) [76].

En un estudio realizado en las oficinas de la Universidad de Antioquia para determinar la relación entre los desórdenes osteomusculares y la auto percepción de la postura en segmentos corporales frente a una pantalla de visualización de datos, se determinó que el 52,2% de la población analizada presenta molestias en la espalda inferior [74].

En la Tabla 61, que se presenta a continuación se detalla un resumen de la sintomatología de dolor músculo esquelético en el codo o antebrazo de los empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Pujilí.

**Tabla 61.** Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en el codo o antebrazo

Personas que responden el ítem	<b>Tabla de porcentajes de sintomatología de dolor en el codo o antebrazo</b>												
38	¿Ha tenido molestias?	<b>Codo o antebrazo izquierdo</b>				<b>Codo o antebrazo derecho</b>				<b>No</b>			
		5,3%				15,8%				78,9%			
8	¿Desde hace cuánto tiempo?	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	6 meses	8 meses	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	>36 meses	
		0%	0%	0%	0%	12,5%	0%	37,5%	12,5%	25%	0%	12,5%	
	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	Si						No					
		0%						100%					
	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	87,5%						12,5%					
7	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7 días			8-30 días			>30 días seguidos			siempre		
		42,9%			57,1%			0%			0%		
	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1 hora		1-24 horas		1-7 días		1-4 semanas		> 1 mes			
		14,3%		28,6%		57,1%		0%		0%			
	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días			1-7 días			1-4 semanas			> 1 mes		
		100%			0%			0%			0%		
	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	Si						No					
		28,6%						71,4%					
	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	57,1%						42,9%					
	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	0	1	2	3	4	5						
		0%	14,3%	42,8%	28,6%	0%	14,3%						
	¿A qué atribuye estas molestias?	estrés		falta de ergonomía		desconocido		uso de la pc		trabajo			
		0%		57,14%		14,29%		14,29%		14,29%			

### **Análisis:**

De los 38 trabajadores encuestados con el test Nórdico, el 5,3% del personal administrativo de la municipalidad presenta molestias en la zona del codo o antebrazo izquierdo y el 13,2% presenta molestias en el codo o antebrazo derecho representando un total de 8 personas.

De las 8 personas que continúan respondiendo el test Nórdico, mencionan que el tiempo desde que han evidenciado por primera vez el malestar en la zona del codo o antebrazo varía entre 6 meses el 12,5%, 12 meses el 37,5%, 18 meses el 12,5%, 24 meses el 25% y más de 36 meses el 12,5%. De los encuestados ninguna persona menciona haber necesitado cambiar de puesto de trabajo por dichas dolencias y el 87,5% que representa 7 personas mencionan haber tenido este malestar en el codo o antebrazo en los últimos 12 meses.

De las 8 personas, el 42,9% de ellas mencionan haber presenciado dolencias entre 1-7 días en los últimos 12 meses y el 57,1% restante entre 8-30 días. El 14,3% del personal que continúa con la encuesta ha presentado episodios de dolor menores a 1 hora, 28,6% ha presentado episodios de dolor entre 1-24 horas y el 57,1% ha presentado episodios de dolor entre 1-7 días.

De las 8 personas del personal administrativo de la organización que presenciaron molestias en los últimos 12 meses, a ninguna persona le ha impedido realizar su trabajo en los últimos 12 meses, El 28,6% de personas han recibido tratamiento médico por molestias en los hombros y el 57,1% de personas han presenciado estos síntomas en los últimos 7 días.

El 14,3% de los empleados en una escala del 0 al 5 califica con 1 a la severidad de las molestias, el 42,8% con 2, el 28,6% con 3 y el 14,3% con 5. Cada uno de ellos atribuye principalmente su malestar a la falta de ergonomía el 57,14%, al uso de la pc o al trabajo el 14,29% individualmente y el 14,29% desconoce la causa.

**Interpretación:**

Los resultados indican que un porcentaje mínimo de empleados administrativos de la municipalidad presenta dolor en el segmento corporal correspondiente al codo o antebrazo pero gran parte de ellos lo han evidenciado en los últimos días, las molestias en la zona de los codos o antebrazos a largo plazo también pueden desencadenar en enfermedades profesionales, en trabajadores de oficinas constantemente la zona corporal de los codos tienen contacto directo con la superficie de los escritorios, no solo cuando utilizan la computadora en la manipulación de los periféricos de entrada como el mouse o el teclado, también existe contacto al revisar la papelería. Según el informe de enfermedades profesionales, en Colombia se reportaron 39 casos de entesopatía (inflamación donde los ligamentos o tendones se fijan al hueso) a nivel de la zona corporal de los codos y antebrazos, ocupando el octavo lugar de enfermedad profesional [77].

Según la segunda encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema de riesgos de Colombia, el 88% de las patologías fueron desórdenes músculo esqueléticos, dentro de las que se encuentran enfermedades como el síndrome del túnel carpiano y las tendinitis que se producen en las manos, codos y hombros, y los problemas de espalda tales como el lumbago [78].

En un estudio realizado en una petrolera ecuatoriana para trabajadores que utilizan pantallas de visualización de datos, para el segmento corporal codo o antebrazo, el 83,33% del personal femenino y el 16,67% del personal masculino manifiestan síntomas de un posible trastorno músculo esquelético en la zona corporal anteriormente mencionada [79].

En un estudio realizado en las oficinas de la Universidad de Antioquia para determinar la relación entre los desórdenes osteomusculares y la auto percepción de la postura en segmentos corporales frente a una pantalla de visualización de datos, se determinó que el 12,3% de la población analizada presenta molestias en el codo [74].

En la Tabla 62, presentada a continuación se detalla un resumen de la sintomatología de dolor músculo esquelético en la muñeca o mano de los empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Pujilí.

**Tabla 62.** Resumen de porcentajes de sintomatología de dolor en la muñeca o mano

Personas que responden el ítem	Tabla de porcentajes de sintomatología de dolor en la muñeca o mano											
	Muñeca o mano izquierda				Muñeca o mano derecha				No			
38	¿Ha tenido molestias?											
	2,6%				36,8%				60,6%			
15	¿Desde hace cuánto tiempo?											
	5 días	15 días	2 meses	4 meses	6 meses	8 meses	12 meses	16 meses	24 meses	36 meses	>36 meses	
	6,66%	6,66%	6,66%	6,66%	6,66%	0%	33,33%	0%	26,66%	0%	6,66%	
	Si						No					
	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?											
	26,7%						73,3%					
	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?											
	80%						20%					
12	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?											
	1-7 días			8-30 días			>30 días seguidos			siempre		
	75%			16,7%			8,3%			0%		
	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?											
	< 1 hora		1-24 horas		1-7 días		1-4 semanas		> 1 mes			
	33,3%		41,7%		25%		0%		0%			
	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?											
	0 días			1-7 días			1-4 semanas			> 1 mes		
100%			0%			0%			0%			
	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?											
Si						No						
	25%						75%					
	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?											
	58,3%						41,7%					
	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)											
0	1	2	3	4	5							
0%	8,33%	50%	33,33%	0%	8,33%							
¿A qué atribuye estas molestias?												
uso de la pc		falta de ergonomía		mala postura		exposición continua a la pc		trabajo				
33,33%		25%		16,66%		8,33%		16,66%				

**Análisis:**

De los 38 trabajadores administrativos de la municipalidad de Pujilí encuestados, el 2,6% de ellos presenta molestias en la zona corporal de la muñeca o mano izquierda y el 36,8% presenta molestias en la muñeca o mano derecha, representando un total de 15 personas.

De las 15 personas que continúan respondiendo al test Nórdico, mencionan que el tiempo desde que han evidenciado por primera vez molestias a nivel de la muñeca o mano varía entre 5 días el 6,66%, 15 días el 6,66%, 2 meses el 6,66%, 4 meses el 6,66%, 12 meses el 33,33%, 24 meses el 26,66% y más de 36 meses el 6,66%. El 26,7% de personas han necesitado cambiar de puesto de trabajo por dichas dolencias y el 80% de ellas que alude a 12 personas han tenido este malestar en los últimos 12 meses.

De los 12 empleados administrativos, el 75% de ellos mencionan haber presentado molestias entre 1-7 días en los últimos 12 meses, 16,7% entre 8-30 días y 8,3% han presentado molestias por más de 30 días seguidos. El 33,3% de personas han presentado episodios de dolor menores a 1 hora, el 41,7% entre 1-24 horas y el 25% entre 1-7 días.

De las 12 personas que presenciaron molestias en los últimos 12 meses, a ninguna persona indica que esta sintomatología le ha impedido realizar con normalidad su trabajo. El 25% de empleados administrativos ha recibido tratamiento médico por la presencia de molestias en la zona corporal de la muñeca o mano, el 58,3% de las 12 personas afectadas por las molestias en la zona corporal mencionada han presenciado estos síntomas en los últimos 7 días.

El 8,33% de los empleados en una escala del 0 al 5 califica con 1 a la severidad de la molestia, el 50% con 2, el 33,33% con 3 y el 8,33% con 5 a la intensidad de dolor. El 33,33% de personas atribuye principalmente las molestias al uso de la computadora, el 25% a la falta de ergonomía, 16,66% a la mala postura, 16,66% al trabajo en general y el 8,33% a la exposición continua a la pc.

### **Interpretación:**

Los resultados indican que un porcentaje significativo de empleados presenta dolor en las muñecas o manos, especialmente en la muñeca o mano derecha, esta afección la atribuyen al uso de la computadora, actividad que está relacionada con el síndrome del túnel carpiano la cual es una neuropatía periférica que ocurre cuando el nervio mediano, se presiona o se atrapa dentro del túnel carpiano, a nivel de la muñeca, afectando hasta a un 3% de la población general. Constituye un lugar muy destacado en Salud Ocupacional en Estados Unidos, la incidencia actual es de 0.1% y en la población trabajadora del 15% al 20% [80].

En un estudio realizado a trabajadores administrativos de una Institución Educativa de nivel superior (IENS) sobre los TME y su asociación con factores ergonómicos (postura, manipulación de carga y trabajo repetitivo) se identificó que el 90,4 % de los empleados presentaron molestia o dolor en alguna de las áreas del cuerpo dentro de las cuales una de las zonas más afectadas fue las manos y/o muñecas con el 49,3% [81].

En un estudio para identificar trastornos músculo esqueléticos en odontólogos de una clínica dental en Hermosillo, Sonora, al evaluar la sintomatología de cada zona anatómica, durante la práctica odontológica, se observó que el 46,7% de las personas evaluadas presenta molestias en las manos o muñecas y mayor frecuencia en mano o muñeca derecha con el 33,3 % [82].

En un estudio para determinar la relación entre los desórdenes osteomusculares y la auto percepción de la postura en segmentos corporales frente a una pantalla de visualización de datos (PVD), en las personas con trabajos de oficina de la Universidad de Antioquia (Medellín – Colombia) se determinó que el 58,8% de la población analizada presenta como principal afectación molestias en la región de la muñeca [74].

#### **4.8. Prueba de independencia de variables sintomatología de dolor músculo esquelético y nivel de riesgo**

En la Tabla 63, que se presenta a continuación se detalla un resumen de las pruebas de asociación de con chi-cuadrado y el factor de riesgo con Odds Ratio, se relaciona si el nivel de riesgo ROSA evaluado en los puestos de trabajo es un factor directo

para la sintomatología de dolor músculo esquelético en el cuello, hombros, dorso/lumbar, codo/antebrazo o en la muñeca/mano.

**Tabla 63.** Relación de variables

<b>Asociación entre sintomatología de dolor y el nivel de riesgo ROSA bajo</b>				
Sintomatología en	Nivel de riesgo ROSA bajo			
	$\chi^2$	Valor	OR	
			Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Cuello	0,215	-	-	-
Hombros	0,565	0,440	0,025	7,691
Dorso o lumbar	0,692	0,565	0,033	9,811
Codo o antebrazo	0,302	0,241	0,014	3,812
Muñeca o mano	0,072	-	-	-
General	0,671	-	-	-

### **Análisis**

Se detalla que el p-valor en la prueba chi cuadrado para el cuello, hombros, dorso/lumbar, codo/antebrazo y muñeca/mano es mayor que 0.05 para un nivel de confianza del 95 % por lo cual la relación no se considera significativa, es decir el nivel de riesgo bajo no influye en la sintomatología de dolor músculo esquelético en las partes del cuerpo antes mencionadas.

Además el intervalo de confianza de OR para todas las pruebas efectuadas del nivel de riesgo bajo en relación a las extremidades del cuerpo no contienen la unidad, por lo que el Odds Ratio no es significativo y no se considera un factor de riesgo.

### **Interpretación**

Los resultados muestran que el nivel de riesgo bajo según la metodología ROSA no influye en la sintomatología de dolor músculo esquelético en ninguna de las extremidades del cuerpo humano, tales como; cuello, hombros, dorso o lumbar, codo o antebrazo y muñeca o mano, por lo tanto no se encuentra relación entre las variables de estudio. Estos resultados se verifican a través de Odds Ratio, método que indica que no se considera un factor de riesgo la aparición de TME a causa del nivel de riesgo bajo detectado en la evaluación.

En el personal de enfermería de una clínica de la Costa Atlántica al asociar la presencia de sintomatología músculo esquelética con carga física a través de la prueba estadística de U Mann-Whitney, se encontró asociación significativa ( $p <$

0,05) entre las molestias o sintomatología en la región de espalda con el riesgo de carga física ( $p = 0,036$ ), cabe recalcar que el 39,6% del personal masculino y femenino manifiesta cargar pesos mayores de 25 kg y 12,5 kg respectivamente, hecho no registrado en el personal administrativo del G.A.D. Municipal del Pujilí, en donde las actividades son netamente de oficina y no se requiere la manipulación de cargas pesadas. El peso de las cargas u objetos que se deben levantar manualmente es uno de los factores de riesgo que incide en la aparición de TME [75].

En Ottawa en una revisión sistemática de la evaluación causal de posturas ocupacionales incómodas y dolor en la espalda baja se halló que es improbable que las posturas ocupacionales incómodas sean causas del dolor en la espalda baja en diferentes poblaciones de trabajadores que fueron estudiadas [83].

#### 4.9. Prueba de independencia entre sintomatología de dolor músculo esquelético y las variables demográficas

En la Tabla 64, que se presenta a continuación se detalla un resumen de las pruebas de asociación de con chi-cuadrado y el factor de riesgo con Odds Ratio, se relaciona si las variables demográficas del personal de estudio es un factor directo para la aparición de la sintomatología de dolor músculo esquelético en el cuello, hombros, dorso/lumbar, codo/antebrazo o en la muñeca/mano. La edad se clasifica por la etapa cronológica, se considera joven adulto desde los 20 a los 39 años y adulto maduro desde los 40 a los 59 años [84].

**Tabla 64.** Relación con variables demográficas

Variables demográficas	Asociación entre sintomatología de dolor y variables demográficas									
	Sintomatología de dolor músculo esquelético									
	Cuello		Hombros		Dorso lumbar		Codo antebrazo		Muñeca mano	
	$\chi^2$	OR	$\chi^2$	OR	$\chi^2$	OR	$\chi^2$	OR	$\chi^2$	OR
Edad	0,871	0,882	0,342	2,1	0,004	11,0	0,063	5,0	0,727	1,309
Tiempo de servicio	0,283	0,3	0,664	0,652	0,402	2,6	0,951	1,077	0,979	0,975
Género	0,861	1,123	0,169	0,378	0,034	0,229	0,767	1,275	0,832	1,154
Etnia	0,235	-	0,491	-	0,439	-	0,601	-	0,413	-
Estado civil	0,457	0,583	0,874	0,889	0,304	2,2	0,652	1,5	0,367	0,529
Nivel de instrucción	0,215	-	0,175	-	0,692	0,565	0,302	0,241	0,072	-
Nivel económico	0,088	-	0,655	0,440	0,067	-	0,302	0,241	0,754	0,636

### **Análisis**

Se detalla que el p-valor en la prueba chi cuadrado para el cuello, hombros, dorso/lumbar, codo/antebrazo y muñeca/mano es mayor que 0.05 para un nivel de confianza del 95 % por lo cual la relación no es significativa, es decir los factores demográficos no influye en la sintomatología de dolor músculo esquelético en las partes del cuerpo mencionadas anteriormente. Además el intervalo de confianza de OR contiene la unidad, razón por la que el Odds Ratio no es significativo y no se considera un factor de riesgo.

El p-valor en la prueba chi cuadrado para el dorso/lumbar es menor que 0.05 para un nivel de confianza del 95 % por lo cual la relación es significativa, es decir la etapa cronológica y el género influyen directamente en la sintomatología de dolor músculo esquelético en el dorso/lumbar. Además el intervalo de confianza de OR no contiene la unidad, razón por la que el Odds Ratio es significativo y se considera un factor de riesgo.

### **Interpretación**

Los resultados muestran que la edad y el sexo influye directamente en la sintomatología de dolor músculo esquelético en el dorso/lumbar, por lo tanto se encuentra una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. Estos resultados se verifican a través de Odds Ratio, que indica que se considera un factor de riesgo la aparición de TME en el dorso/lumbar a causa de la edad y el género.

En el XIII Congreso Internacional de Ingeniería de Proyectos se menciona que además de los factores de riesgo asociados a los TME, los movimientos repetitivos, posturas forzadas y estáticas, vibraciones y manipulación manual de cargas, parece existir cierta relación entre la presencia de TME y factores individuales como: la edad de los trabajadores, su género, el tabaquismo, o las medidas antropométricas [76].

En un estudio comparativo de TME de columna lumbar con actividades de logística, al relacionar la edad con la presencia de dolor lumbar se encontró que existe una relación significativa ( $p=0.03$ ), las alteraciones diagnosticadas de columna lumbar están en su mayor proporción en mayores de 35 años [85].

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- Mediante el análisis postural con la metodología ROSA se evidenció que la mayor parte del personal presenta un nivel de riesgo bajo, este resultado se debe a las condiciones del puesto de trabajo, cuya deficiencia más significativa es la regulación de los apoyabrazos y la regulación de la profundidad de la silla, elemento de oficina que representa la mayor preponderancia en la valoración del método aplicado.
- El 4,8% de los empleados de oficina presentan un nivel de riesgo medio, debido a las condiciones de la silla, posturas adoptadas en la jornada laboral y el tiempo de utilización de los elementos de oficina, por tal razón se efectúa una evaluación adicional empleando la metodología RULA, cuyos resultados indican la necesidad de rediseñar la tarea para el 2,4%.
- A través de la información de la sintomatología de dolor músculo esquelético obtenida mediante el cuestionario Nórdico se evidencia que estas molestias aquejan a treinta y ocho personas, específicamente molestias en el cuello a veinte y dos personas, molestias en los hombros a doce personas, molestias en el dorso o lumbar a catorce personas, molestias en el codo o antebrazo a ocho personas y molestias en la muñeca o mano a quince personas.
- Al analizar la asociación de variables entre la sintomatología de dolor músculo esquelético a causa de factores demográficos se determinó que las molestias en el dorso o lumbar al 36,8% tiene una relación estadísticamente significativa con la edad y el género de los trabajadores.

## 5.2. Recomendaciones

- Por encontrarse sintomatología de dolor músculo esquelético es favorable implementar programas de pausas activas para los empleados administrativos del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí con el fin de revitalizar la energía corporal, prevenir afecciones físicas y mentales por exceso de exposición a la pantalla, ayuda a romper la rutina de trabajo, relaja los miembros corporales más exigidos y reactiva los menos utilizados, al realizar esta actividad mejora la condición física y mental de la persona y le ayuda a no sentirse cansada, además se mejora la relación entre compañeros de trabajo por tratarse de ejercicios grupales.
- Capacitar al personal administrativo a cerca de las posturas adecuadas que debe adoptar el cuerpo de la persona al interactuar con los elementos de oficina e indicar las enfermedades profesionales a las que se encuentran expuestos debido a la mala higiene postural con la finalidad de concientizar la importancia de la higiene postural, de igual forma es recomendable aplicar el cuestionario Nórdico frecuentemente para detectar oportunamente la sintomatología de dolor músculo esquelético que afecte a la salud y productividad de los empleados.
- Rediseñar la tarea de la analista de talento humano, adecuando el puesto de trabajo acorde a las características del trabajador, para evitar la torsión del tronco al utilizar la computadora es recomendable modificar las características de la silla mejorando los apoyabrazos para que estos sean regulables, el monitor es favorable ubicarlo de frente a la silla y en donde no exista resplandor en la pantalla, la mesa debe estar a una altura en la que los codos de la persona formen 90° respecto al antebrazo al apoyarse en la superficie según lo recomendado por la metodología ROSA, con la finalidad de evitar enfermedades profesionales a largo plazo.
- Se recomienda que el especialista de Seguridad y Salud Ocupacional de la organización realice inspecciones mensuales a los elementos de oficina del G.A.D. Municipal del cantón Pujilí, con el objetivo de que los empleados laboren con elementos de oficina en buenas condiciones.
- Para la evaluación postural de trabajadores de oficina es conveniente realizar un estudio previo como lo es el método ROSA o un check list basado en las normas UNE-EN 1005-4:2005+A1:2009 e ISO 11226:2000, antes de realizar un estudio exhaustivo como la metodología RULA, REBA, OWAS, con la finalidad de

descartar a las personas que no requieren ser evaluadas para optimizar recursos en la aplicación del método.

- Para explicar la sintomatología de dolor músculo esquelético en los trabajadores es recomendable realizar estudios ergonómicos de los elementos de oficina, además conocer las actividades que realizan fuera de su jornada de trabajo ya que estas podrían ser el motivo de la aparición de la sintomatología, de igual manera se sugiere realizar una evaluación de los riesgos psicosociales, factor que se ha relacionado a la aparición de la sintomatología de dolor músculo esquelético en las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Sistema nacional de información. (2018) Ministerio del trabajo. [Online]. <http://www.trabajo.gob.ec/seguridad-y-salud-en-el-trabajo/>
- [2] Área de SST. Agencia de Regulación y Control de Electricidad. [Online]. <http://www.regulacionelectrica.gob.ec/seguridad-y-salud-ocupacional-ssdp-2/>
- [3] CAN, "Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo," San Isidro, Decisión 584 2005.
- [4] León Febres Cordero Rivadeneira, "Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo," Presidente Constitucional de la República del Ecuador, Quito, Decreto Ejecutivo 2393 1986.
- [5] Cristian Espín, "Evaluación de riesgos ergonómicos y su incidencia en la salud de los trabajadores del GAD Parroquial rural Alluriquín," Voletín virtual febrero, vol. 7, no. 2, pp. 166-173, Febrero 2018.
- [6] Rayder Rojas. (2017, Enero) Instituto nacional de prevención, salud y seguridad laborales. [Online]. [http://www.inpsasel.gob.ve/moo\\_news/Prensa\\_1493.html](http://www.inpsasel.gob.ve/moo_news/Prensa_1493.html)
- [7] EU-OSHA. Agencia europea para la seguridad y salud en el trabajo. [Online]. <https://osha.europa.eu/es/themes/musculoskeletal-disorders>
- [8] Antonio Ramón Ballester Arias and Ana María García , "Asociación entre la exposición laboral a factores psicosociales y la existencia de trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería: revisión sistemática y meta-análisis," Revista española de salud publica, vol. 91, pp. 1-27, abril 2017.
- [9] Manuel Fernández González et al., "Musculoskeletal disorders in nursing assistants from the Resource Polyvalent Centre for the Elderly "Mixta" gijon - C.P.R.P.M. MIXTA".
- [10] Diana Calle and Yolanda Calle, "Prevalencia y factores de riesgo asociados a trastornos músculo- esqueléticos en trabajadores del municipio de Azogues," Ciencias médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Tesis 2017.
- [11] Carolina Huapaya Paredes and Raúl Gomero Cuadra, "Postural evaluation and presence of osteo-muscular pain in workers of a mother-child clinic in the city of Lima," Revista Medica Herediana, vol. 29, no. 1, Enero 2018.
- [12] INSHT. (2018) Portal de trastornos músculo esqueléticos. [Online]. <http://www.insht.es/portal/site/MusculoEsqueleticos/menuitem.8423af8d8a1f873a610d8f20e00311a0/?vgnnextoid=db5655811f3eb210VgnVCM1000008130110aRCRD>
- [13] OSHA, "Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral," Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, vol. 75, p. 7, 2007.
- [14] INSHT, , Boletín Oficial del Estado, Ed. España, 1997, ch. 97, pp. 1-7.
- [15] Ministerio de trabajo y empleo, Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente del trabajo. Quito, Pichincha, Ecuador: Unidad de seguridad y salud, 2000, vol. 137.

- [16] EU-OSHA, "Trastornos músculo-esqueléticos," Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2017.
- [17] Stefan Giffeler, "Congreso mundial sobre seguridad y salud en el trabajo," Un mundo sin accidentes mortales en el trabajo es posible, Agosto 2014.
- [18] Fig˘lali Nilgün et al., "Image processing-aided working posture analysis: I-OWAS," ELSEVIER, vol. 85, pp. 384-394, 2015.
- [19] "Perception musculoskeletal discomfort and postural risk among employees of a higher education institution," Salud Uninorte, vol. 30, no. 2, pp. 170-179, 2014.
- [20] C. Onyebeke. Lynn, G. Young. Justin, B. Trudeau. Matthieu, and T. Dennerlein Jack, "Effects of forearm and palm supports on the upper extremity during," Elsevier, vol. 45, pp. 564-570, 2014.
- [21] Mahmud. Norashikin, T. Kenny. Dianna, and Md Zein Raemy, "The effects of office ergonomic training on musculoskeletal complaints, sickness absence, and psychological Well-Being: A cluster randomized control trial," Asia-Pacific Journal of Public Health, vol. 27, no. 2, pp. 1652–1668, 2015.
- [22] Nipun D. Nath, Reza Akhavian, and Amir H Behzadan, "Ergonomic analysis of construction worker's body postures using," Elsevier, vol. 62, pp. 107-117, 2017.
- [23] Mercedes Elizabeth Puente Avila , "Propuesta de un estudio ergonómico para prevención de trastornos músculo-esqueléticos y enfermedades laborales en el personal de producción, empaque y bodega de una empresa farmacéutica en el primer semestre 2018," Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito, Tesis 2017.
- [24] P. Herrera, "Cinco enfermedades más comunes en el trabajo," El Comercio, Junio 2014.
- [25] Carlos Heredia, "Matriz de riesgos del Municipio de Pujilí," Departamento de Seguridad y Salud Ocupacional, G.A.D. Municipal de Pujilí, Pujilí, 2015.
- [26] J. Deokhoon, Z. Michaleff, J. Venerina, and Shaun O'Leary, "Physical risk factors for developing non-specific neck pain in office," Springer-Verlag Berlin Heidelberg, vol. 34, no. 2, pp. 125-134, 2017.
- [27] Emin Kahya Necmettin Firat Özkan, "Assessing ergonomic risks in an university's administrative offices," Journal of the Faculty of Engineering and Architecture of Gazi University, vol. 32, no. 1, pp. 141-150, 2016.
- [28] Alfredo Calderón, "Evaluación ergonómica de los puestos de trabajo de usuarios de pantalla de visualización de datos (PVD) en las oficinas administrativas de Guayaquil de Pacificard S.A.," Facultad De Ingeniería Industrial, Universidad de Guayaquil, Guayaquil, 2014.
- [29] Yomayra E. Villegas, "Análisis ergonómico de los puestos de trabajo en las oficinas administrativas de la Empresa Municipal de Agua Potable y Alcantarillado de Guayaquil, EMAPAG-EP," Facultad de Ingeniería Industrial, Universidad de Guayaquil, Guayaquil, 2015.
- [30] Carmen Alicia Hernández Álvarez and Tairon Gonzalo López Villavicencio,

- "Plan de seguridad, higiene y salud ocupacional y gestión de residuos en el taller automotriz del Gobierno Provincial de Morona Santiago," Facultad de Mecánica, ESPOCH, Riobamba, 2013. [Online]. <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/945/3/65t00016.pdf>
- [31] Roberto Badía Montalvo, "Salud ocupacional y riesgos laborales," Panamá, 2013. [Online]. <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v98n1p20.pdf>
- [32] Ana. Sánchez Iglesias and Florencio Castro, "Ergonomía y discapacidad: Ergowork una alianza estratégica para la innovación," INFAD Revista de Psicología, vol. 1, no. 2, pp. 211-220, 2014.
- [33] INSHT. Portal de Ergonomía. [Online]. <http://www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Generalidades/Qu%C3%A9%20es%20Ergonom%C3%ADa.pdf>
- [34] Ángel Medina, "Evaluación de la carga postural y su relación con los trastornos músculo esqueléticos en trabajadores de oficina de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Indígena SAC Ltda.," Ambato, 2016.
- [35] OIT, "La salud y la seguridad en el trabajo," 2015. [Online]. [http://training.itcilo.it/actrav\\_cdrom2/es/osh/ergo/ergonomi.htm](http://training.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/ergo/ergonomi.htm)
- [36] Patricia Gómez Lorente, "Hacia un puesto de trabajo adecuado en oficina, basándonos en la ergonomía," Universidad Miguel Hernandez, Alicante, España, 2016. [Online]. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3268/1/Gomez%20Lorente,%20Patricia%20TFM.pdf%20Hecho.pdf>
- [37] Benjamín Villaseñor. (2012, Octubre) Uhma Salud. [Online]. <https://www.uhmasalud.com/bid/228725/salud-laboral-tu-postura-en-la-oficina>
- [38] Mirtha Tuesta, "Evaluación de riesgos asociados a las posturas físicas de trabajo en el proceso de preparación de equipos para alquiler en una empresa de mantenimiento de maquinaria pesada," Facultad de Ingeniería Ambiental, Universidad Nacional de Ingeniería, Lima, 2013.
- [39] Joachim Vedder Wolfgang Laurig, Encyclopaedia of Occupational Health and Safety, 4th ed., OIT, Ed. Madrid, Ginebra, Zuisa: Copyright de la edición inglesa, 2001.
- [40] Rodrigo Pinto Retamal, "Norma técnica de identificación y evaluación de factores de riesgo asociados a TMERT (Extremidades Superiores)," in Gerencia de prevención. Santiago de Chile: Asociación chilena de seguridad, 2014.
- [41] INSHT. Trastornos músculo-esqueléticos. [Online]. <http://www.insht.es/portal/site/MusculoEsqueleticos/menuitem>.
- [42] INSHT. Tendinitis del manguito de los rotadores. [Online]. [http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/TrastornosFrecuentes/extremidades%20superiores/ficheros/Tendinitis\\_Manguito\\_Rotadores.pdf](http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/TrastornosFrecuentes/extremidades%20superiores/ficheros/Tendinitis_Manguito_Rotadores.pdf)
- [43] INSHT. Espicondilitis. [Online]. <http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/Trastorn>

osFrecuentes/extremidades%20superiores/ficheros/Epicondilitis.pdf

- [44] INSHT. Epitrocleitis. [Online].  
<http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/TrastornosFrecuentes/extremidades%20superiores/ficheros/Epitrocleitis.pdf>
- [45] INSHT. Síndrome de Tunnel Carpiano. [Online].  
[http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/TrastornosFrecuentes/extremidades%20superiores/ficheros/Sindrome\\_Tunnel\\_Carpiano.pdf](http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/TrastornosFrecuentes/extremidades%20superiores/ficheros/Sindrome_Tunnel_Carpiano.pdf)
- [46] INSHT. Ganglión. [Online].  
<http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/TrastornosFrecuentes/extremidades%20superiores/ficheros/Ganglion.pdf>
- [47] INSHT. Bursitis Prepatelar. [Online].  
[http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/TrastornosFrecuentes/extremidades%20inferiores%20Ficheros/Bursitis\\_Prepatelar.pdf](http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Informacion%20estructural/TrastornosFrecuentes/extremidades%20inferiores%20Ficheros/Bursitis_Prepatelar.pdf)
- [48] Jonsson. Kuorinka, Vinterberg. Kilbom, and Andersson. BieringDSørensen, "Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms.," España, 1987.
- [49] Sislenis Gomez. (2014, Abril) Uso de software para el análisis de datos cuantitativos. [Online].  
<http://softwareanalisisdedatoscuantitativos.blogspot.com/2014/04/tipos-de-paquetes-estadisticos.html>
- [50] (2017) Kinovea. [Online]. <https://www.kinovea.org/>
- [51] ISSL. Análisis de metodologías de evaluación de riesgos ergonómicos. [Online].  
[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3461&RASTRO=c160\\$m&IDTIPO=11](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3461&RASTRO=c160$m&IDTIPO=11)
- [52] Alexis Morales, "Método RULA," HSEC, 2013. [Online].  
<http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=310&edi=14>
- [53] Jose Antonio Diego Mas. (2015) Ergonautas, Universidad Politécnica de Valencia. [Online]. <https://www.ergonautas.upv.es/metodos/rula/rula-ayuda.php>
- [54] Michael Sonne, Dino Villalta, and David Andrews, "Development and evaluation of an office ergonomic risk checklist: ROSA e Rapid office strain assessment," *Applied Ergonomics*, vol. 43, pp. 98-108, 2012.
- [55] Liebrechts Sonne and J Potvin, "Photograph-based ergonomic evaluations using the Rapid Office Strain Assessment (ROSA)," *Applied Ergonomics*, vol. 52, pp. 317- 324, 2016.
- [56] M Matosa and Pedro Arezes, "Ergonomic Evaluation of Office Workplaces with Rapid Office Strain Assessment (ROSA)," *Procedia Manufacturing*, vol. 3, pp. 4689-4694, Julio 2015.
- [57] Saeed Musavi, Chiman Saeidi, and Saman Dastaran, "Evaluation of the Risk Factors of Musculoskeletal Disorders and its Relation to the Workload of Employees at 118 Call Center in Sanandaj, Iran," *Journal of Health &*

Development, vol. 5, no. 2, pp. 110-121, 2016.

- [58] Sahuad. (2011, Octubre) Depositphotos. [Online]. <https://mx.depositphotos.com/7174490/stock-illustration-office-place.html>
- [59] INSteractúa. (2018, Enero) Prevención de riesgos ocupacionales en el trabajo de oficina. [Online]. <http://insteractua.ins.gob.pe/2018/01/prevencion-de-riesgos-ocupacionales-en.html>
- [60] Marta Martínez and Rubén Alvarado Muñoz, "Validation of the nordic standardized questionnaire of musculoskeletal symptoms for the chilean working population, including a pain scale," *Revista de salud pública*, vol. 21, no. 2, pp. 41-51, Agosto 2017.
- [61] K Ohlsson, R Attewell, B Johnsson, A Ahlm, and S Skerfving, "An assessment of neck and upper extremity disorders by questionnaire and clinical examination," *Ergonomics*, vol. 37, no. 5, pp. 891-898, 1994 Mayo.
- [62] A Descatha, Y Roquelaure, B Evanoff, M Melchior, and C Mariot, "Validity of Nordic-style questionnaires in the surveillance of upper-limb workrelated musculoskeletal disorders," *Scand J Work Environ Heal*, vol. 33, no. 1, pp. 58-65, 2007.
- [63] F Pinheiro, B Tróccoli, and C Carvalho, "Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade," *Rev Saude Publica*, vol. 36, no. 3, pp. 307-319, Noviembre 2016.
- [64] Miriam Sanjuán Cortés, José Sánchez Gutiérrez, and Salvador Sandoval Bravo, "La interacción del CRM con el marketing Knowledge en las pymes fabricantes de envases de cartón en Guadalajara," *Red internacional de investigadores en competitividad*, vol. 4, no. 1, pp. 1941-1955, 2017.
- [65] Jaime Cerda, Claudio Vera, and Gabriel Rada, "Odds ratio: Theoretical and practical issues," *Revista médica de Chile*, vol. 141, no. 10, pp. 1329-1335, Octubre 2013.
- [66] Leticia Arenas Ortiz and Oscar Cantú Gómez, "Factores de riesgo de trastornos músculo esqueléticos crónicos laborales," *Medicina Interna de México*, vol. 29, no. 4, p. 372, Agosto 2013.
- [67] Diana Riascos, Paola Martínez, Nelly Eraso, and Yare Rodríguez, "Sintomatología musculo-esquelética, posturas y posiciones corporales en el personal administrativo del IDSN," *La investigación al centro*, pp. 99-113, 2016.
- [68] Montserrat García Gómez, "Enfermedades profesionales," *Archivos de prevención de riesgos laborales*, vol. 21, no. 1, pp. 11-17, Marzo 2018.
- [69] Katia Vangelova, "STRESS, VISUAL AND MUSCULOSKELETAL COMPLAINTS IN OPEN PLAN OFFICE STAFF," *Acta Medica Bulgarica*, vol. 41, no. 1, pp. 50-56, 2014.
- [70] Claudio Fernando Muñoz Poblete and Jairo Javier Vanegas López, "Association between computational jobs and musculoskeletal symptoms in office workers," *Medicina y seguridad del trabajo*, vol. 58, no. 227, junio 2012.
- [71] Antonio Ramón Ballester Arias and Ana María García, "Occupational

Exposure to Psychosocial Factors and Presence of Musculoskeletal disorders in Nursing Staff: A review of Studies and Meta-Analysis," *Revista Española de Salud Pública*, vol. 91, pp. 1-27, Abril 2017.

- [72] María Jiménez Romero, "Prevalencia de dolencias musculoesqueléticas y evaluación de riesgo postural en trabajadores administrativos del Instituto Tecnológico de Costa Rica en la Sede Central Cartago Rica en la Sede Central Cartago," Instituto Tecnológico de Costa Rica, Cartago, Tesis 2017.
- [73] Mónica Macía Calvo, "La patología de hombro como enfermedad profesional," *Ciencia Forense*, vol. 11, pp. 105-126, 2014.
- [74] Angel Marcelo Lema Medina, "Evaluación de la carga postural y su relación con los trastornos músculo esqueléticos, en trabajadores de oficina de la Cooperativa de ahorro y crédito indígena SAC LTDA," Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Tesis 2016.
- [75] Amparo Montalvo Prieto, Yesica Cortés Múnera, and Martha Rojas López, "Riesgo ergonómico asociado a sintomatología músculo esquelética en personal de enfermería," *Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 20, no. 2, pp. 132-146, Diciembre 2015.
- [76] Asensio Cuesta, "Análisis de los factores de riesgo relacionados con los trastornos músculo esqueléticos," Universidad Politécnica de Valencia , Valencia, Investigación 2009.
- [77] YEIMI ORTIZ ARIAS and KATERHINNE MARIA ROMO PACHECO , "Evaluación de los factores de riesgo biomecánico en los trabajadores de oficina de Alexon Pharma Col. S.A.S. En la ciudad de Bogotá," *Higiene, Seguridad y Salud en el Trabajo*, Universidad Distrital Francisco José De Caldas, Bogotá, Tesis magistral 2017.
- [78] Yeimi Ortiz Arias and María Romo Pacheco, "Evaluación de los factores de riesgo biomecánico en los trabajadores de oficina de ALEXON PHARMA COL. S.A.S. en la ciudad de Bogotá," Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Bogotá, Tesis 2017.
- [79] Jessica Carolina Pozo Andrade, "Incidencia de los trastornos músculo esqueléticos por el uso de pantallas de visualización de datos en puestos de administración en una empresa petrolera," Universidad Particular Internacional SEK, Quito, Tesis 2015.
- [80] Ruth Hernández and Paola Quiroz, "Efectividad de la aplicación de ultrasonido y elongaciones en el tratamiento de síndrome de tunel carpiano en fase de prequirúrgica, en mujeres que acuden al servicio de rehabilitación del Hospital Carlos Andrade Marín ," Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Tesis 2014.
- [81] Monica Leguizamo Brand and Jorge Andrés Ramos Castañeda, "Prevalencia de desordenes musculoesqueléticos y su asociación con factores ergonómicos en trabajadores administrativos de una institución educativa de nivel superior," *Salud Ocupacional y Ambiental*, Universidad del Rosario, Neiva, Tesis magistral 2015.
- [82] Karla Fimbres Salazar, Julio García Puga, María Tinajero González, Elena

- Salazar Rubial, and Olga Quintana Zavala, "Trastornos músculo esqueléticos en odontólogos," *BENESSERE Revista de enfermería*, vol. 1, no. 1, pp. 35-46, Diciembre 2016.
- [83] Darren Roffey, Eugen Wai, Paul Bishop, Brian Kwon, and Simon Dagenais, "Causal assessment of awkward occupational postures and low back pain: results of a systematic review," *The Spine Journal*, vol. 10, no. 1, pp. 89-99, Enero 2010.
- [84] Philip Rice, *Estudio del ciclo vital*, 2nd ed., Christine Cardone and Peter Janzow, Eds. Maine, México: Pearson Education Prentice Hall, 1997.
- [85] Henry Rivera Altamirano, "Estudio comparativo de trastornos musculoesqueléticos de columna lumbar relacionadas actividades de puestos de trabajo de bodega en un centro de acopio, distribución y una propuesta del plan de control," Universidad Internacional SEK, Quito, Tesis 2015.
- [86] INEN-ISO, *Evaluación ergonómica de posturas estáticas*, Primera ed. Quito, Pichincha, Ecuador: NTE, 2014. [Online]. [http://www.normalizacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/EXTRACTO\\_2014/KCA/nte\\_inen\\_iso\\_11226extracto.pdf](http://www.normalizacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/EXTRACTO_2014/KCA/nte_inen_iso_11226extracto.pdf)
- [87] Luis Tisné, "Riesgo relativo y Odds ratio," *Revista obstetrica ginecológica*, vol. 5, no. 1, pp. 51-54, 2010.
- [88] Silvia Nogareda Cuixart and Inés Dalmau Pons, "Evaluación de las condiciones de trabajo: carga postural," *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, pp. 1-9, 1999.
- [89] P Carneiro and A Cristina, "International Journal of Industrial Ergonomics Work-related musculoskeletal disorders in home care nurses," *Study of the main risk factors*, vol. 61, pp. 22-28, 2017.
- [90] Mervyn Márquez Gómez, "Modelos teóricos de la causalidad de los trastornos musculoesqueléticos," *Actualidad y nuevas tendencias*, vol. 4, no. 14, pp. 85-102, Mayo 2015.
- [91] Sergio Melis Quetglas, "Prevención de cervicalgia inespecífica en trabajadores de oficina mediante educación terapéutica en neurociencia," *Universitat de les Illes Balears, Palma*, Tesis 2016.
- [92] Antonio Ballester and Ana García, "Asociación entre la exposición laboral a factores psicosociales y la existencia de trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería: revisión sistemática y meta-análisis," *Revista española de salud pública*, vol. 91, pp. 1-27, Abril 2017.
- [93] Giraldo Sifuentes and Hita Morell, "Protocolo diagnóstico del dolor crónico musculoesquelético Diagnostic protocol of chronic musculoskeletal pain," *Medicine - Programa de Formación Médica*, vol. 12, no. 27, pp. 1609-1613, Marzo 2017.
- [94] Sofía Vega Martínez, "Los trastornos músculo-esqueléticos de las mujeres (I): exposición y efectos diferenciales," *Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo, España, Nota técnica preventiva* 2006.

[95] Diego Mas and Jose Antonio. (2015) Ergonautas. [Online].  
<http://www.ergonautas.upv.es/herramientas/select/select.php>

# **ANEXOS**

Anexo 01 Ficha de datos y actividades del personal del G.A.D. Municipal de cantón Pujilí

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 44	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Cuarto nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Desarrollo social		
<b>Cargo:</b> Directora de desarrollo social		
<b>Actividad:</b> Administración de la dirección		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Revisar proyectos		
Aprobar proyectos		
Buscar financiamiento		
Ejecutar proyecto		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 38	<b>Estado civil:</b> Soltera
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Desarrollo social		
<b>Cargo:</b> Analista de unidad de proyectos		
<b>Actividad:</b> Proyectos		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Investigar necesidad		
Realizar proyecto		
Buscar financiamiento		
Ejecutar proyecto		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 39	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Desarrollo social		
<b>Cargo:</b> Analista de unidad de proyectos		
<b>Actividad:</b> Proyectos		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Investigar necesidad		
Realizar proyecto		
Buscar financiamiento		
Ejecutar proyecto		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 34	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Desarrollo social		
<b>Cargo:</b> Asistente de servicio social		
<b>Actividad:</b> Receptor de información		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir proyectos		
Sumillar		
Scanear		
Pasar proyectos a la dirección		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 35	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Desarrollo social		
<b>Cargo:</b> Asistente administrativa		
<b>Actividad:</b> Atención al público		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir pedidos del público		
Sumillar		
Entregar oficios para pedir financiamiento		
Recibir respuestas de oficios		
Entregar respuestas a dirección		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 48	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Bajo	
<b>Departamento:</b> Dirección administrativa		
<b>Cargo:</b> Coordinador administrativo		
<b>Actividad:</b> Supervisión de actividades varias		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Revisar y verificar documentos		
Elaborar resoluciones de adjudicación		
Revisar de orden de trabajo		
Efectuar presupuesto de material administrativo		
Despachar combustibles		
Comprar material		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 32	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección administrativa		
<b>Cargo:</b> Especialista en seguridad y salud ocupacional		
<b>Actividad:</b> Inspección		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Dotar EPP's		
Revisar EPP's		
Realizar procedimientos		
Realizar protocolos		
Levantar reportes		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 31	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección administrativa		
<b>Cargo:</b> Analista de compras públicas		
<b>Actividad:</b> Revisión de procesos		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recepción de proceso		
Revisar que la documentación esté completa		
Realizar procedimiento de compras		
Realizar estudio de mercado		
Realizar proformas		
Realizar informe de análisis de mejor propuesta		
Realizar adjudicación y acuerdo entre partes		
Realizar remisión a unidad solicitante		
Productos llegan a bodega		
Verificar productos		
Receptar facturas		
Obtener documentos habilitantes		
Enviar documentos al departamento financiero		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 33	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección administrativa		
<b>Cargo:</b> Asistente administrativa		
<b>Actividad:</b> Atención al público		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir documentos		
Sumillar		
Archivar en físico y digital		
Entregar a oficina correspondiente		
<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 28	<b>Estado civil:</b> Soltera
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Talento Humano		
<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano		
<b>Actividad:</b> Asistencia y cálculo de vacaciones		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Ingreso al sistema		
Comprobación de huella		
Verificar asistencia		
Examinar perfil del trabajador		
Planificar horario de trabajo		
Planificar horas extra		
Acceder a registro de permisos		
Ingresar permisos al sistema		
Acceder a formato de cálculo		
Poner en planilla de vacaciones		
Realizar cálculo de vacaciones		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 28	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Talento Humano		
<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano		
<b>Actividad:</b> Roles de pago		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recoger descuentos		
Registrar descuentos		
Verificar que estén cuadrados los roles de pago		
Registrar en el sistema SIGAME		
Pasar a departamento financiero para pago		
Entregar roles de pago a cada trabajador		
Archivar roles de pago con firma de recibido		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 38	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Talento Humano		
<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano		
<b>Actividad:</b> Planificación de jornadas de trabajo		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Planificar horario de trabajo		
Planificar horas extra		
Recolectar información de horas extra		
Acceder a registro de permisos		
Ingresar permisos al sistema		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 37	<b>Estado civil:</b> Unión libre
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Talento Humano		
<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano		
<b>Actividad:</b> Asistente administrativa		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recolectar documentación en oficinas		
Revisar documentos		
Entregar documentación a Talento Humano		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 53	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Obras públicas – Unidad de fiscalización		
<b>Cargo:</b> Especialista en fiscalización		
<b>Actividad:</b> Fiscalizar obras		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Fiscalizar obras civiles (1 vez / semana)		
Elaborar informes		
Elaborar planillas		
Tramitar planillas para pago		
Elaborar presupuesto		
Calificar ofertas		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 31	<b>Estado civil:</b> Soltero
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestizo	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Obras públicas – Unidad de fiscalización		
<b>Cargo:</b> Especialista de fiscalización		
<b>Actividad:</b> Fiscalización de obras		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Fiscalizar obras civiles (1 vez / semana)		
Elaborar informes		
Elaborar planillas		
Tramitar planillas para pago		
Elaborar de presupuesto		
Calificar ofertas		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 42	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Líder de gestión urbana		
<b>Actividad:</b> Aprobación de subdivisiones		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Solicitar informe básico de subdivisión rural		
Determinar el lote mínimo del sector		
Revisar documentos habilitantes para aprobación		
Revisar planos		
Supervisar lindero		
Supervisar superficie		
Redactar informe de aprobación o negación		
Entregar informe de aprobación o negación		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 37	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Analista de diseño urbano		
<b>Actividad:</b> Aprobación de subdivisiones		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Revisar planos		
Planificar visita		
Inspeccionar área		
Redactar informe		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 25	<b>Estado civil:</b> Soltero
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Especialista en planificación territorial		
<b>Actividad:</b> Planificación territorial		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Inspeccionar el lugar		
Realizar informe técnico		
Realizar diseño arquitectónico		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 29	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Especialista en aprobación de planos		
<b>Actividad:</b> Líneas de fábrica		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir diseños arquitectónicos		
Planificar inspección		
Inspeccionar		
Elaborar línea de fábrica		
Entregar documentos al propietario		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Quechua - Español
	<b>Edad:</b> 39	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Indígena	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Asistente de dirección de planificación		
<b>Actividad:</b> Elaboración de oficios		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir oficios sumillados desde alcaldía		
Scanear		
Imprimir		
Pasar al director para que sumille a los técnicos		
Redactar la contestación		
Imprimir		
Pasar al director que firme		
Entregar al director que corresponda		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 41	<b>Estado civil:</b> Soltero
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Bajo	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Inspector de avalúos y catastros		
<b>Actividad:</b> Generación de claves catastrales		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Solicitar número de cédula de identidad		
Ingresar al sistema		
Revisar lugar de residencia		
Determinar valor adeudado		
Obtener clave catastral		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 38	<b>Estado civil:</b> Unión libre
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Secundaria
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Asistente de avalúos y catastros		
<b>Actividad:</b> Atención al público		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Receptar documentos		
Scanear		
Archivar		
Pasar al director departamental		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 40	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Analista senior de avalúos y catastros		
<b>Actividad:</b> Actualización del sistema catastral		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Ingresar al sistema		
Verificar clave catastral		
Actualizar superficie y número de suelo		
Grabar en el sistema		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 31	<b>Estado civil:</b> Divorciada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Planificación		
<b>Cargo:</b> Asistente de avalúos y catastros		
<b>Actividad:</b> Varias		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Entregar permisos		
Entregar claves catastrales		
Actualizar documentos		
Registrar bienes		
Redactar oficios		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 52	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Analista financiero junior		
<b>Actividad:</b> Certificaciones		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir roles de pago de bienes y servicios		
Revisar y verificar documentos		
Redactar certificación		
Certificar		
Pasarse a contabilidad para respectivo pago		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 32	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Asistente administrativo de dirección financiera		
<b>Actividad:</b> Recibir pagos		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Realizar control previo a cada pago		
Revisar documentos originales y actualizados		
Revisar facturas		
Revisar acta entrega recepción		
Realizar revisión por catálogo electrónico		
Sumillar para director financiero		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 35	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
	<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Analista senior de presupuesto		
<b>Actividad:</b> Presupuestos para proyectos		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir proyectos de departamentos municipales		
Verificar la existencia de presupuestos		
Certificar ejecución del proyecto		
Entregar certificación a compras públicas		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 38	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
	<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Contador		
<b>Actividad:</b> Contabilidad		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recolectar certificaciones de proyectos		
Realizar análisis financiero		
Emitir documentos a líder de contabilidad		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 35	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Líder de contabilidad		
<b>Actividad:</b> Legalizar comprobantes		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir análisis financiero		
Revisar		
Actualizar presupuesto		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 52	<b>Estado civil:</b> Unión libre
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Asistente de tesorería		
<b>Actividad:</b> Legalizar comprobantes		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Legalizar comprobantes de telecomunicación		
Legalizar comprobantes empresa eléctrica		
Realizar retenciones de facturas a proveedores		
Legalizar pólizas de contratistas		
Archivar letras de cambio de préstamos		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 50	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Analista junior contable		
<b>Actividad:</b> Asientos contables		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Llegan documentos de recaudación diaria		
Elaborar en Excel borrador de recaudación		
Cuadrar bancos contables		
Realizar comprobantes de egresos		
Enviar documentos a director financiero		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español – Quechua
	<b>Edad:</b> 33	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Indígena	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Auxiliar contable		
<b>Actividad:</b> Recepción de documentos		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recolectar documentos en oficinas		
Enumerar hojas		
Registrar		
Archivar		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 32	<b>Estado civil:</b> Divorciado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Secundaria
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Asistente de rentas		
<b>Actividad:</b> Atención al público		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir documentos del usuario		
Analizar si el predio es rural o urbano		
Cobrar alcabalas o alcabalas y plusvalías		
Revisar escrituras		
Ingresar información al sistema		
Imprimir recibo		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 27	<b>Estado civil:</b> Soltera
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Dirección financiera		
<b>Cargo:</b> Asistente de rentas		
<b>Actividad:</b> Re – inspección de patentes		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Imprimir hoja de inspección		
Se dirige al local y verifica productos e inversión		
Regresar a la oficina		
Actualizar datos en Excel		
Enviar al asistente para ingreso al sistema		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 36	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Gestión Ambiental		
<b>Cargo:</b> Asistente administrativa		
<b>Actividad:</b> Atención al público		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir documento		
Analizar documento		
Firmar recibido		
Scanear documento		
Archivar documento		
Despachar documento al director		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 36	<b>Estado civil:</b> Casado
	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Gestión Ambiental		
<b>Cargo:</b> Veterinario del Municipio		
<b>Actividad:</b> Proyecto de esterilización canino y felino		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Realizar procedimientos de esterilización		
Esterilizar mascotas caninas y felinas del cantón		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 33	<b>Estado civil:</b> Casada
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad		
<b>Cargo:</b> Asistente administrativo		
<b>Actividad:</b> Atención al público		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Preguntar al cliente el tipo de trámite a realizar		
Solicitar documentación para revisión		
Elaborar el comprobante de pago		
Adjuntar documentos		
Elaborar de reporte de revisión		
Elaborar de certificación		
Elaborar de inscripción		
Pasar documentación a oficina correspondiente		
Revisar documentos en oficina		
Entregar documentación al usuario		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 26	<b>Estado civil:</b> Soltera
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad		
<b>Cargo:</b> Oficial de cumplimiento del registro de la propiedad		
<b>Actividad:</b> Revisión de documentación		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Ingresar al sistema DINARDA		
Revisar notas enviadas por institución		
Verificar si tiene bienes inscritos en el registro		
Enviar contestación a la DINARDA		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 28	<b>Estado civil:</b> Soltera
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad		
<b>Cargo:</b> Digitadora		
<b>Actividad:</b> Digitar información		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Recibir información		
Revisar		
Digitar		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> Clarita Quintana	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 35	<b>Estado civil:</b> Soltera
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad		
<b>Cargo:</b> Analista junior		
<b>Actividad:</b> Manejo de archivo		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Revisar en el sistema informático		
Analizar datos		
Verificar archivo físico en bodega		
Anotar verificaciones		
Realizar certificaciones		
Elaborar resultados		

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>DATOS</b>	
	<b>Nombre:</b> María José Quintana	<b>Idioma:</b> Español
	<b>Edad:</b> 26	<b>Estado civil:</b> Soltera
	<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel
<b>Raza:</b> Mestiza	<b>Nivel económico:</b> Medio	
<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad		
<b>Cargo:</b> Analista junior		
<b>Actividad:</b> Inscripción de escrituras		
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>		
Revisar documentación en archivador de bodega		
Realizar marginaciones		
Sellar		
Entregar documentos para digitalizar		

Anexo 02 Ficha de condiciones y atributos de trabajo en oficina

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla	✓				✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>				
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>				
	Nombre: -				
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>		
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>
Espacio bajo el escritorio	✓		✓		
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓
Altura de la silla ajustable	✓		✓		
Apoyabrazos ajustable		✓	✓		
Respaldo ajustable	✓		✓		
Soporte de documentos		✓			✓
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓		
Plataforma de teclado ajustable					✓
Resplandor en la pantalla	✓				✓
Teléfono con manos libres		✓			✓

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>				
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>				
	Nombre: -				
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>		
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>
Espacio bajo el escritorio	✓		✓		
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓
Altura de la silla ajustable	✓		✓		
Apoyabrazos ajustable		✓	✓		
Respaldo ajustable	✓		✓		
Soporte de documentos		✓			✓
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓		
Plataforma de teclado ajustable					✓
Resplandor en la pantalla		✓			✓
Teléfono con manos libres					✓

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla	✓				✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla	✓				✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓			✓		
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>				
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>				
	Nombre: -				
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>		
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>
Espacio bajo el escritorio		✓		✓	
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓
Altura de la silla ajustable	✓		✓		
Apoyabrazos ajustable		✓	✓		
Respaldo ajustable	✓		✓		
Soporte de documentos		✓			✓
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓		
Plataforma de teclado ajustable					✓
Resplandor en la pantalla		✓			✓
Teléfono con manos libres		✓			✓

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>				
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>				
	Nombre: -				
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>		
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>
Espacio bajo el escritorio	✓		✓		
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓
Altura de la silla ajustable	✓			✓	
Apoyabrazos ajustable		✓	✓		
Respaldo ajustable	✓		✓		
Soporte de documentos		✓			✓
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓		
Plataforma de teclado ajustable					✓
Resplandor en la pantalla		✓			✓
Teléfono con manos libres		✓			✓

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla	✓				✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies		✓	✓			
Plataforma de teclado ajustable		✓	✓			
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable					✓	
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies		✓	✓			
Plataforma de teclado ajustable		✓	✓			
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable		✓			✓	
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable		✓	✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies		✓	✓			
Plataforma de teclado ajustable		✓	✓			
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies		✓	✓			
Plataforma de teclado ajustable		✓	✓			
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies		✓	✓			
Plataforma de teclado ajustable		✓	✓			
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla	✓				✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies		✓	✓			
Plataforma de teclado ajustable		✓	✓			
Resplandor en la pantalla	✓				✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable		✓			✓	
Apoyabrazos ajustable		✓			✓	
Respaldo ajustable		✓		✓		
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies		✓	✓			
Plataforma de teclado ajustable		✓	✓			
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies		✓	✓			
Plataforma de teclado ajustable		✓	✓			
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>					
	<b>ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS</b>					
	Nombre: -					
<b>ATRIBUTOS</b>			<b>CONDICIONES</b>			
<b>Elemento de oficina</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>	<b>N/A</b>	
Espacio bajo el escritorio	✓		✓			
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓	
Altura de la silla ajustable	✓		✓			
Apoyabrazos ajustable		✓	✓			
Respaldo ajustable	✓		✓			
Soporte de documentos		✓			✓	
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓			
Plataforma de teclado ajustable					✓	
Resplandor en la pantalla		✓			✓	
Teléfono con manos libres					✓	

**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ****ATRIBUTOS Y CONDICIONES DE TRABAJO EN OFICINAS**

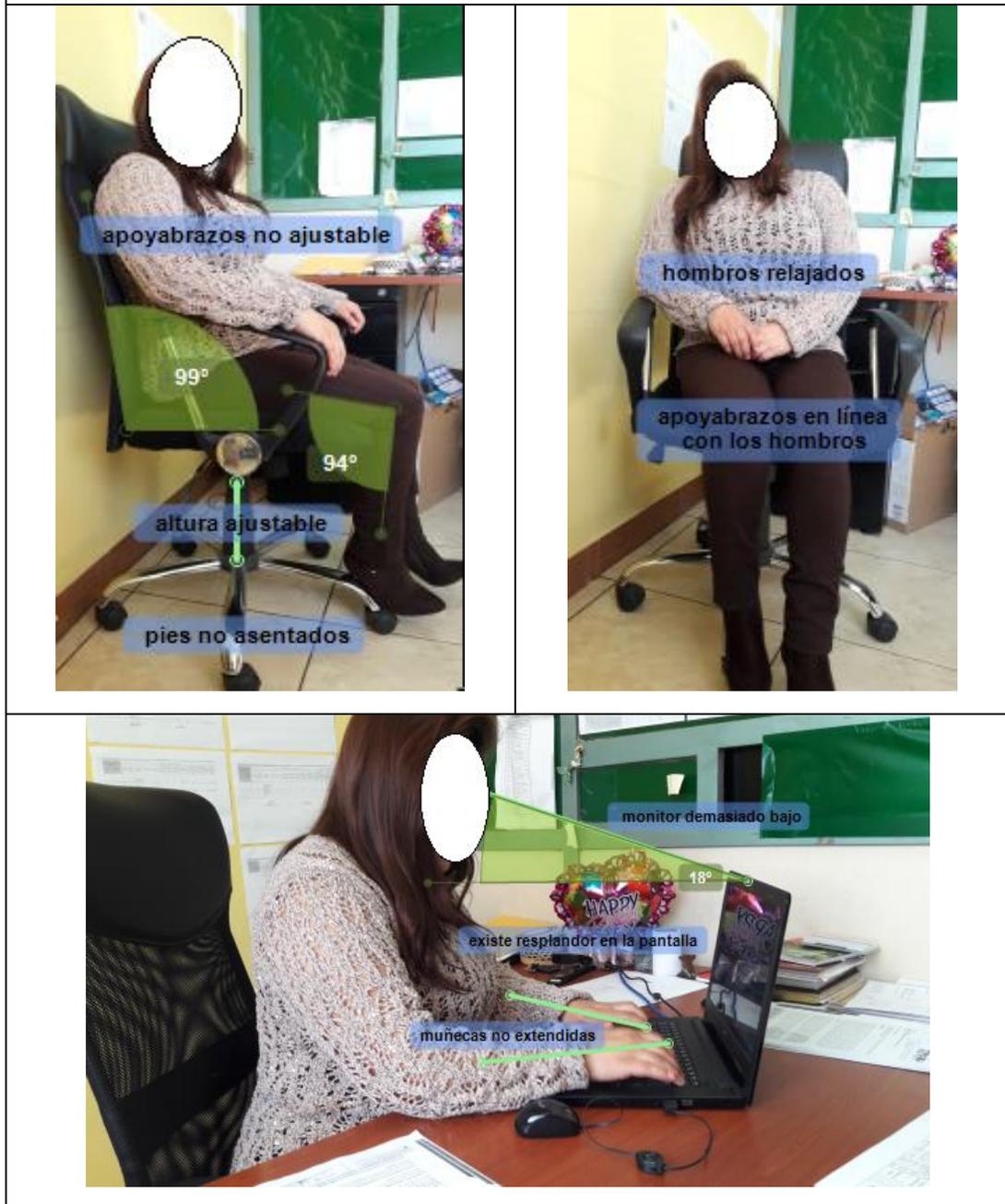
Nombre: -

ATRIBUTOS			CONDICIONES		
Elemento de oficina	Si	No	Bueno	Malo	N/A
Espacio bajo el escritorio	✓		✓		
Profundidad de la silla ajustable		✓			✓
Altura de la silla ajustable		✓			✓
Apoyabrazos ajustable		✓	✓		
Respaldo ajustable		✓		✓	
Soporte de documentos		✓			✓
Ratón y teclado en igual superficies	✓		✓		
Plataforma de teclado ajustable					✓
Resplandor en la pantalla		✓			✓
Teléfono con manos libres					✓

Anexo 03 Ficha de fotos de evaluación con método ROSA

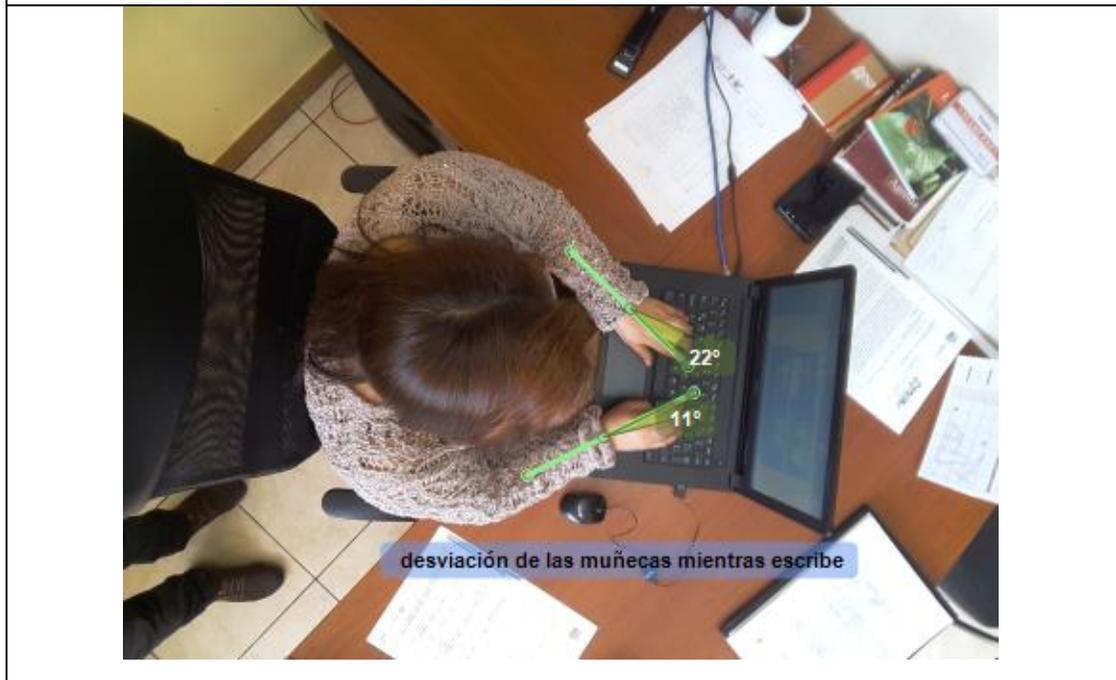
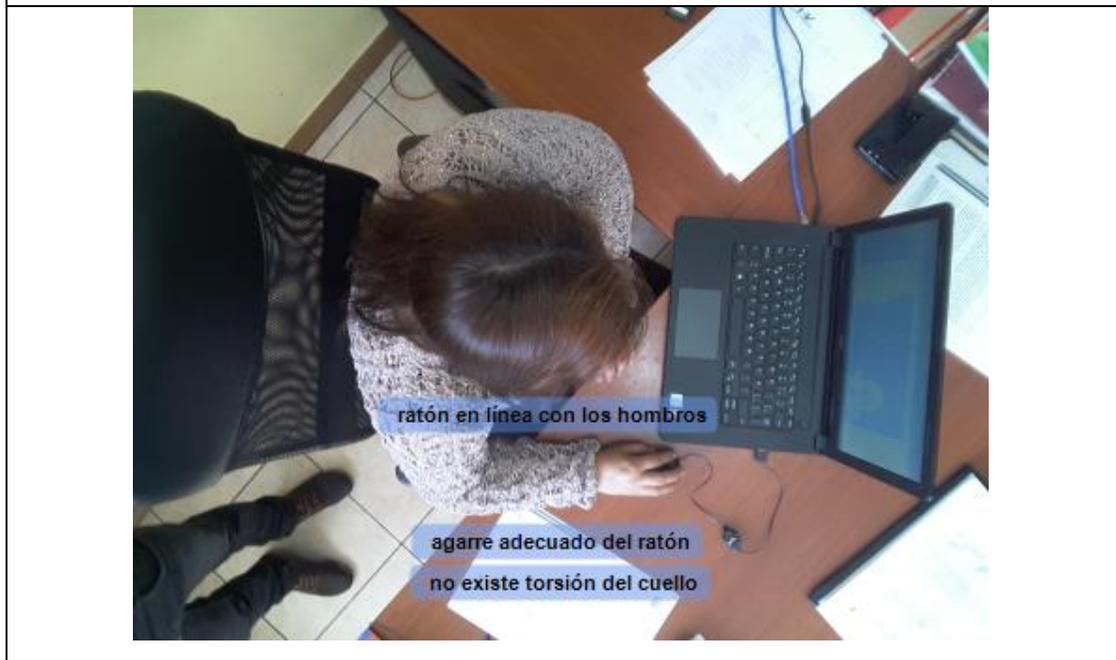
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 01
	<b>Cargo:</b> Directora de desarrollo social	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



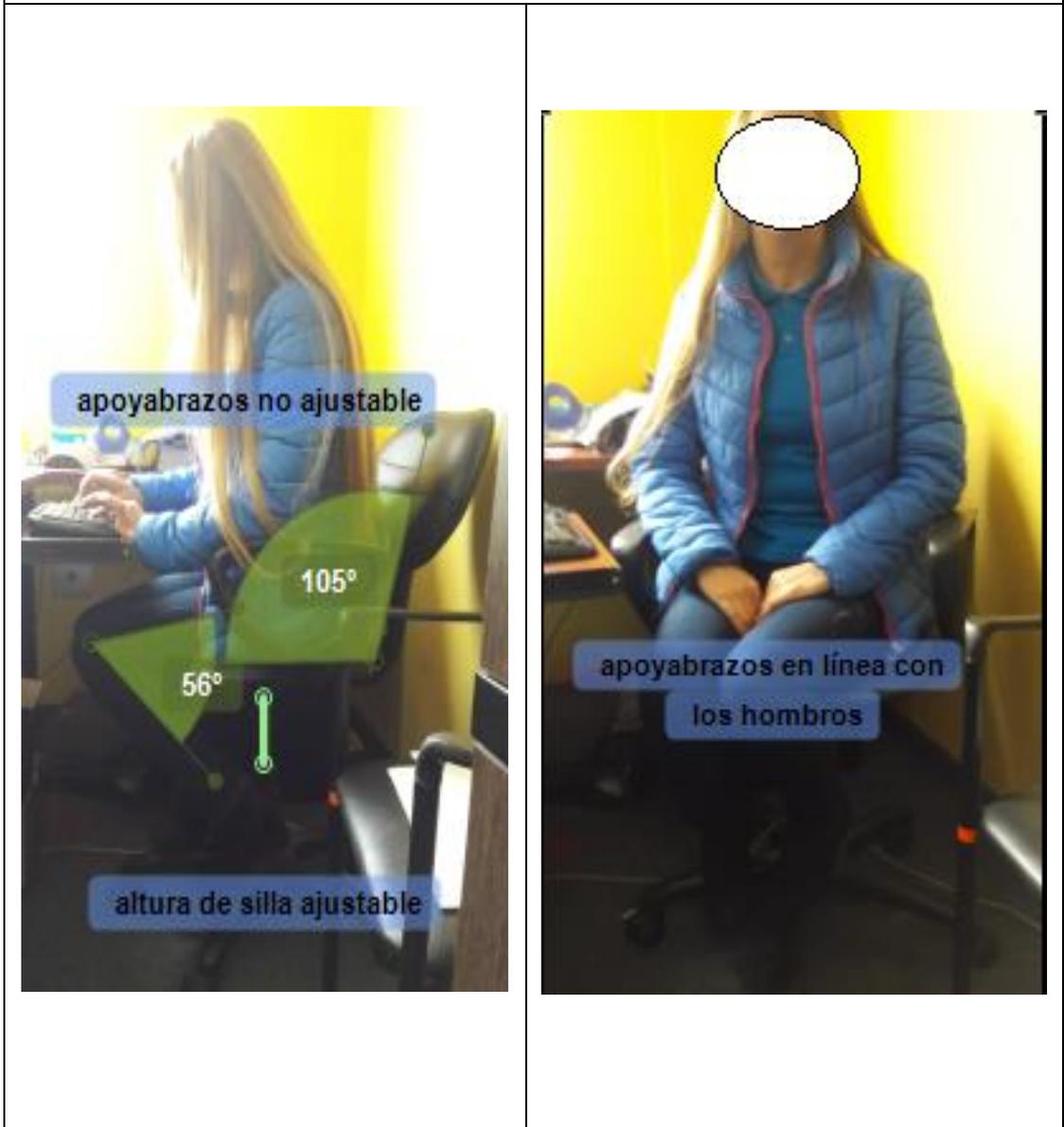
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 01
	<b>Cargo:</b> Directora de desarrollo social	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



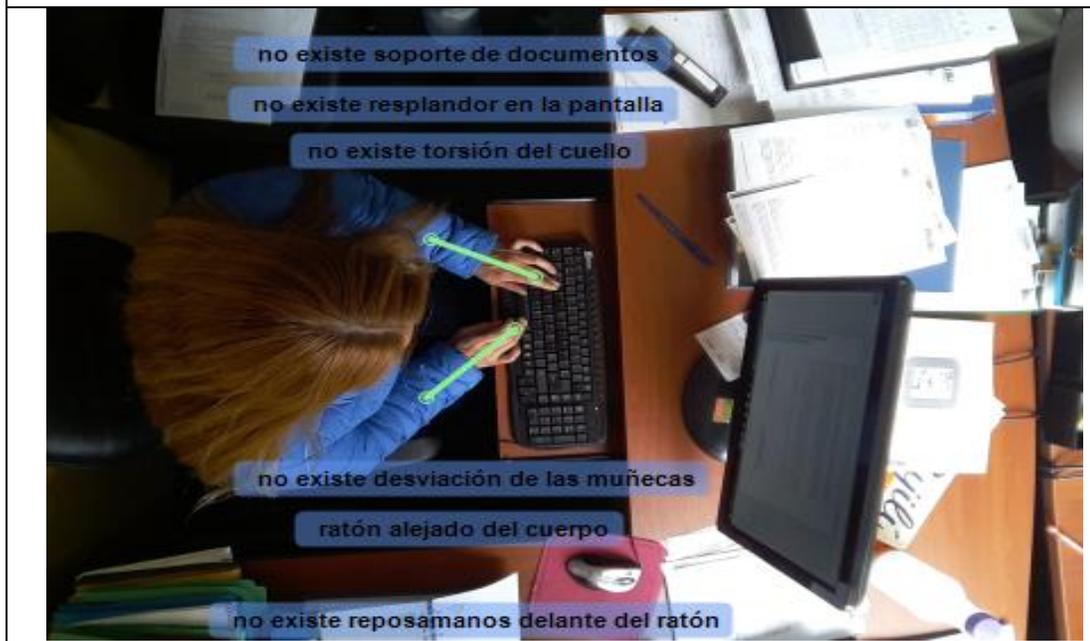
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 02
	<b>Cargo:</b> Analista senior de proyectos	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



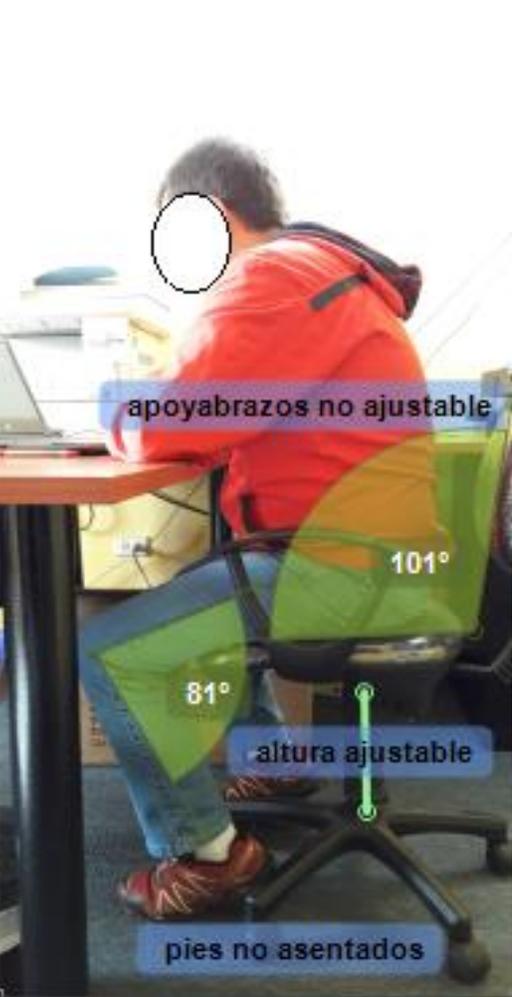
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 02
	<b>Cargo:</b> Analista senior de proyectos	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



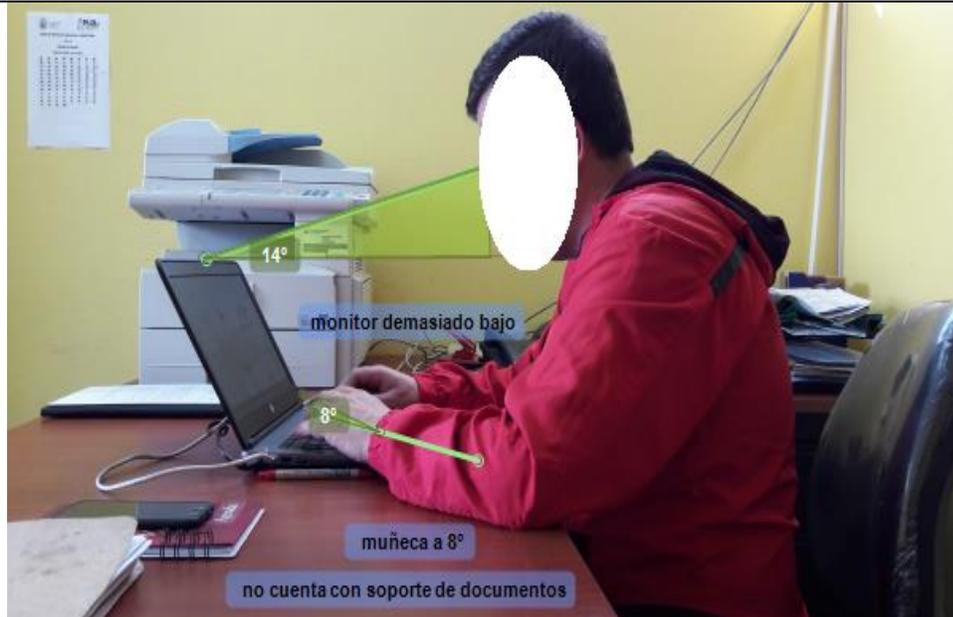
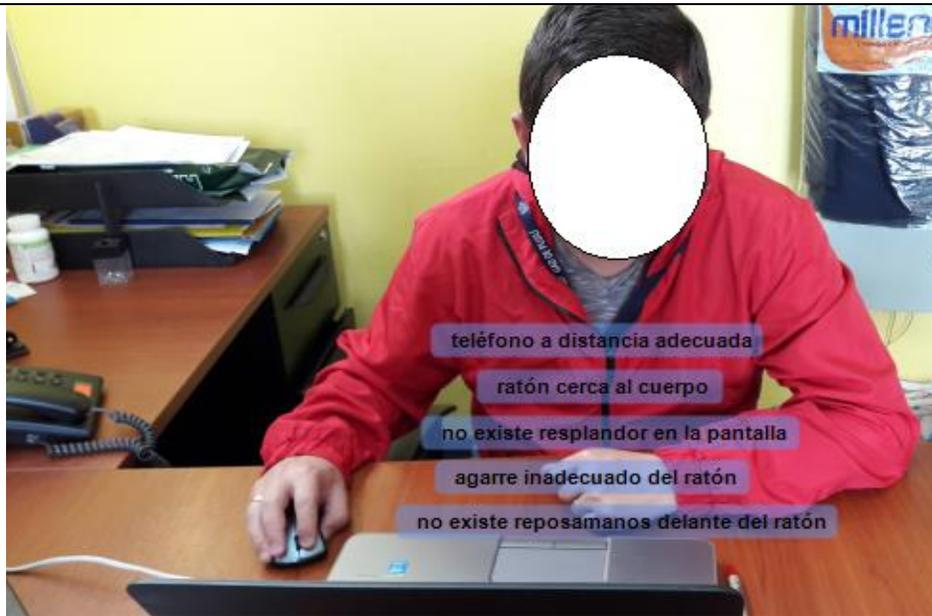
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 03
	<b>Cargo:</b> Analista senior de proyectos	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**

 <p>apoyabrazos no ajustable</p> <p>101°</p> <p>81°</p> <p>altura ajustable</p> <p>pies no asentados</p>	 <p>hombros relajados</p> <p>apoyabrazos no ajustable</p> <p>apoyabrazos en línea con los hombros</p>
--	--

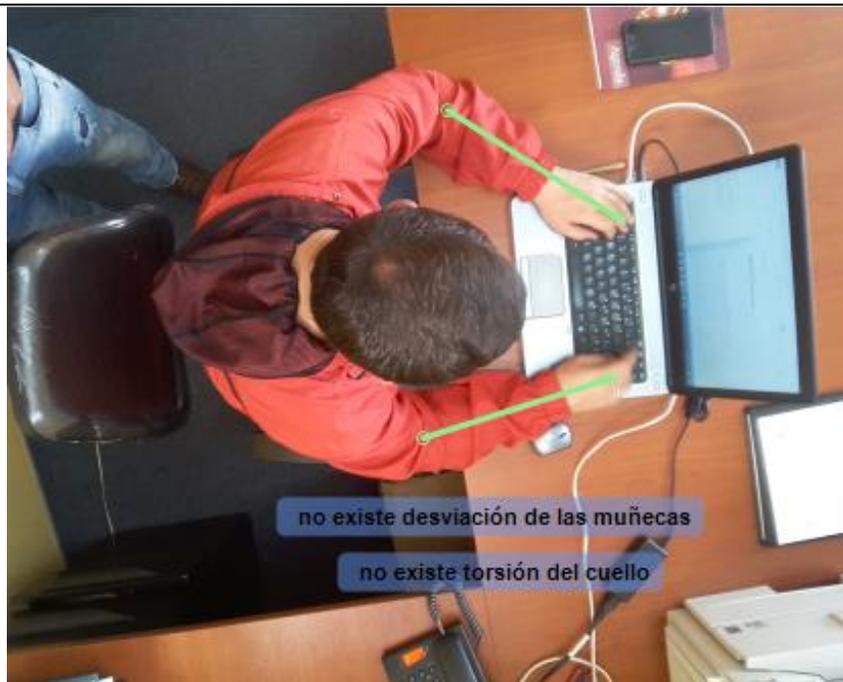
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 03
	<b>Cargo:</b> Analista senior de proyectos	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



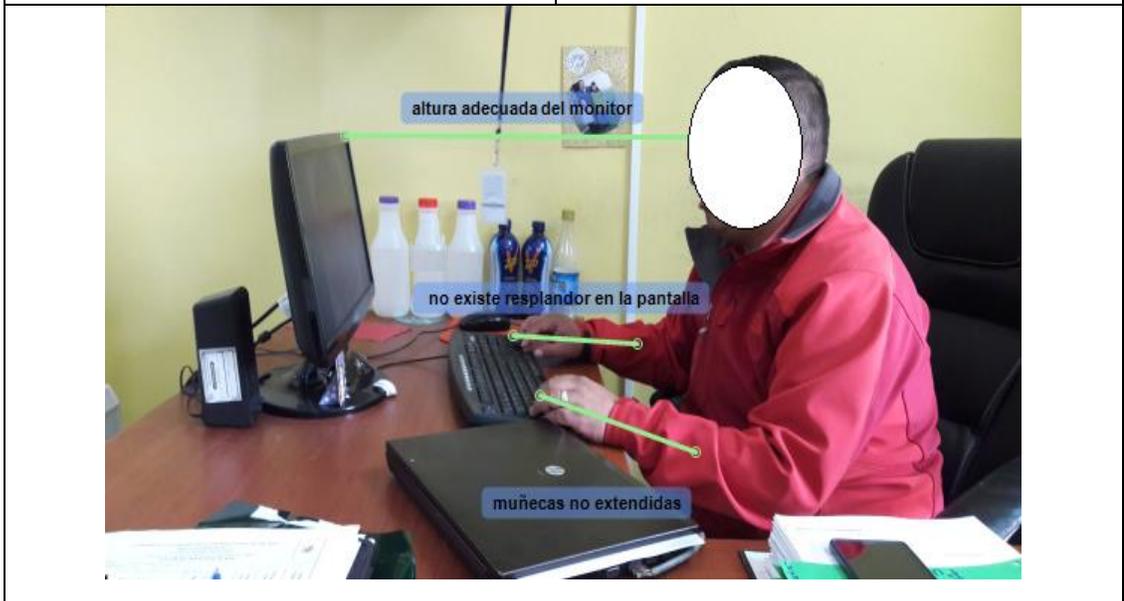
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 03
	<b>Cargo:</b> Analista senior de proyectos	<b>Hoja N°.</b> 03

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 04
	<b>Cargo:</b> Asistente de servicio social	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



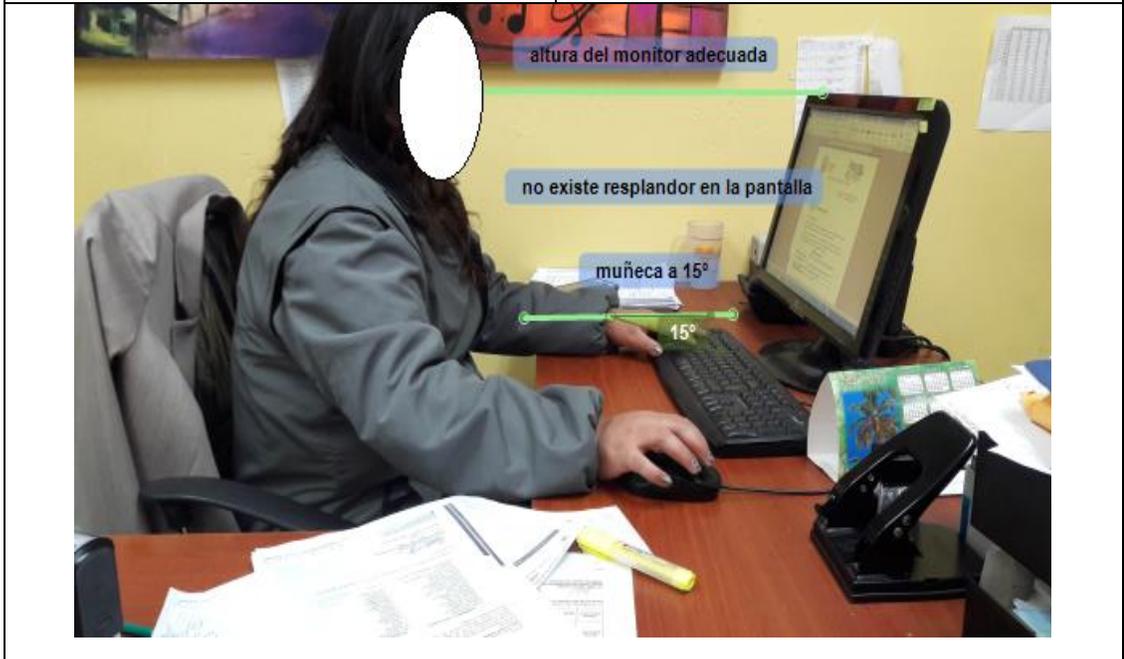
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 04
	<b>Cargo:</b> Asistente de servicio social	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



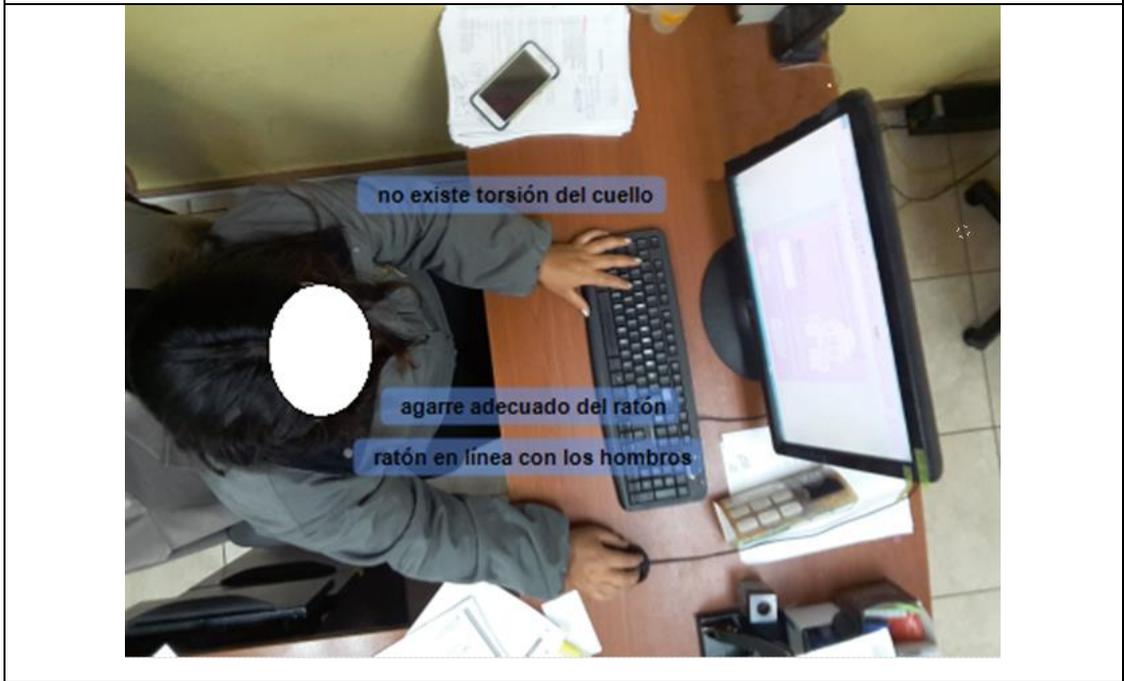
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 05
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



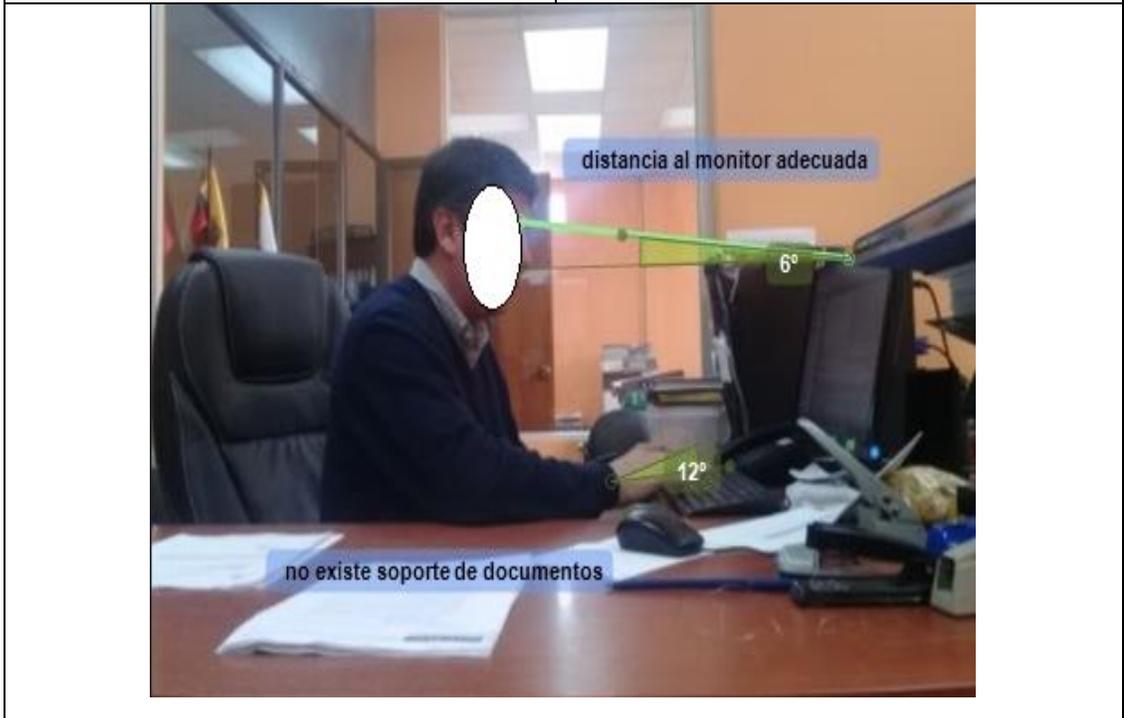
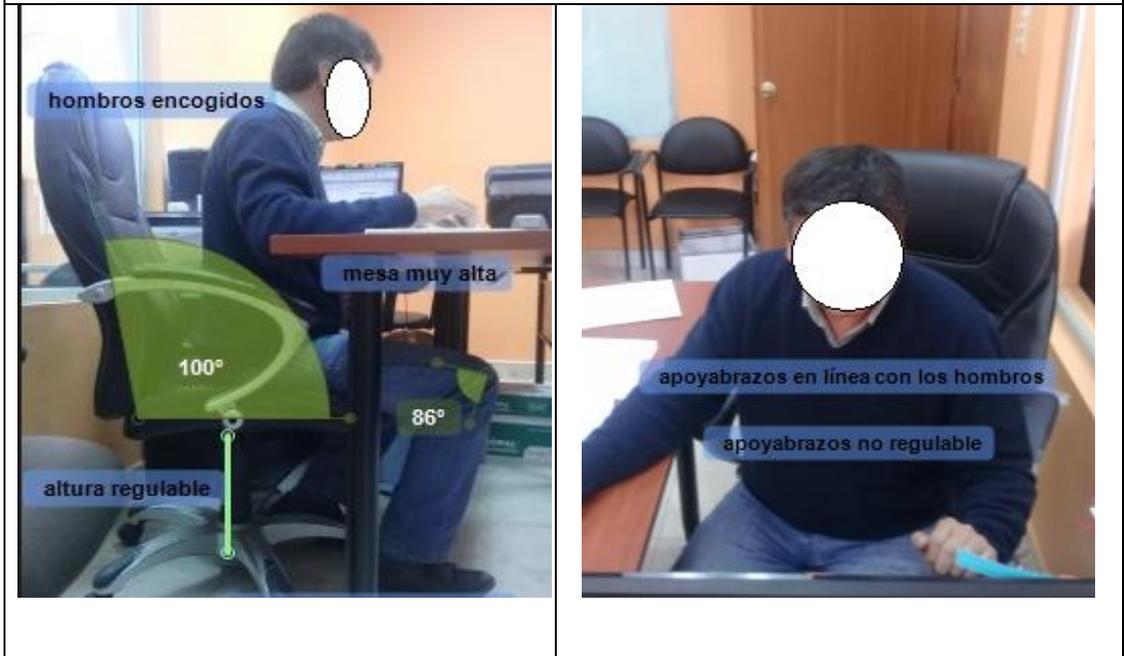
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Desarrollo social	<b>Ficha N°.</b> 05
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



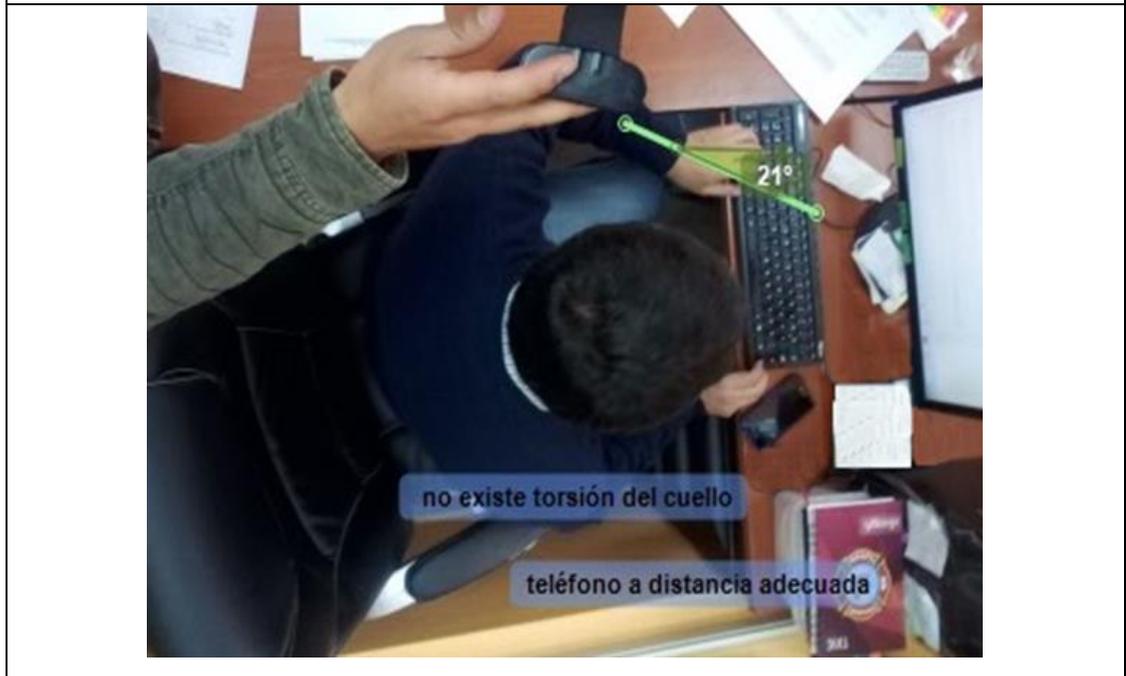
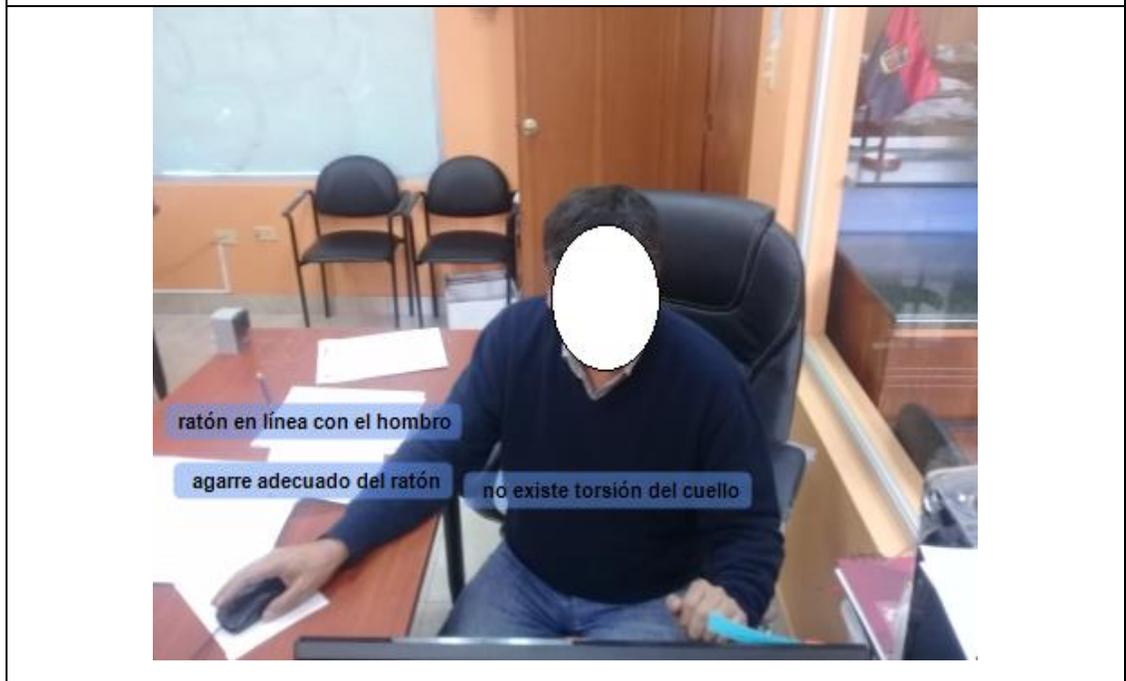
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 06
	<b>Cargo:</b> Coordinador administrativo	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



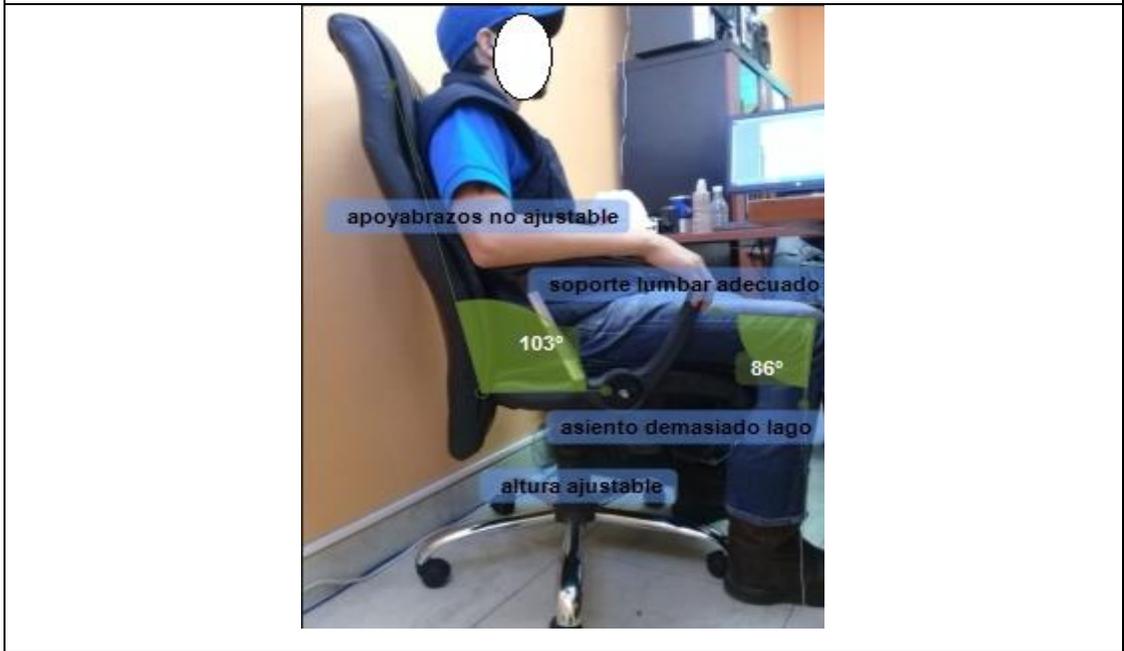
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 06
	<b>Cargo:</b> Coordinador administrativo	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 07
	<b>Cargo:</b> Especialista de seguridad y salud ocupacional	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



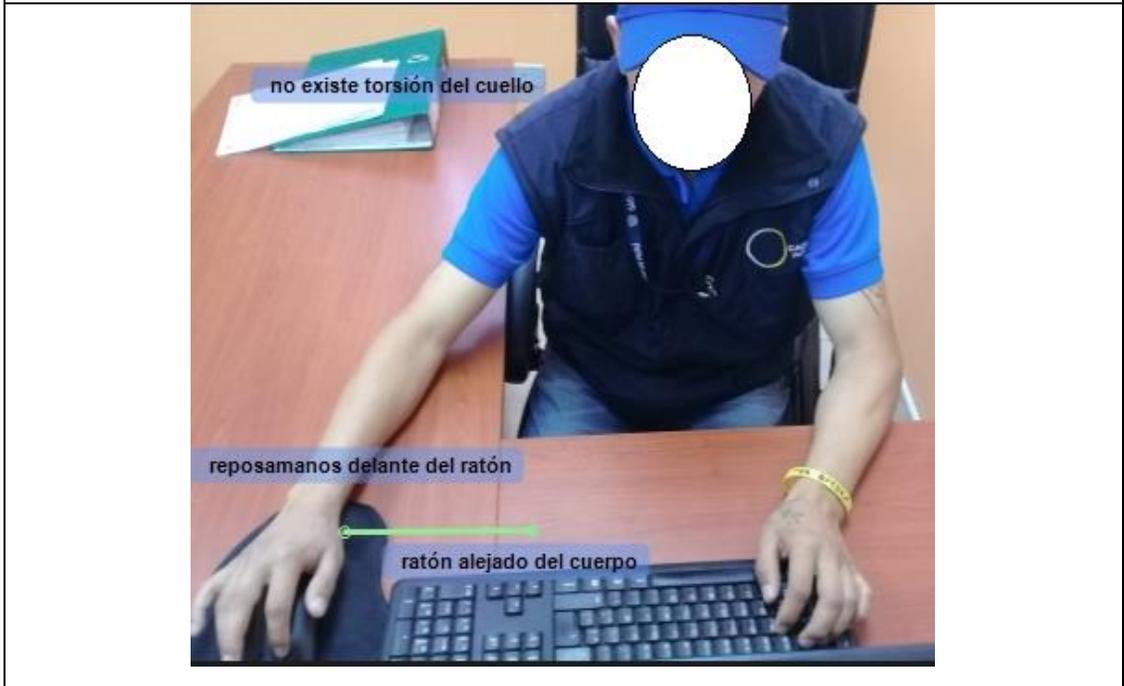
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 07
	<b>Cargo:</b> Especialista de seguridad y salud ocupacional	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 07
	<b>Cargo:</b> Especialista de seguridad y salud ocupacional	<b>Hoja N°.</b> 03

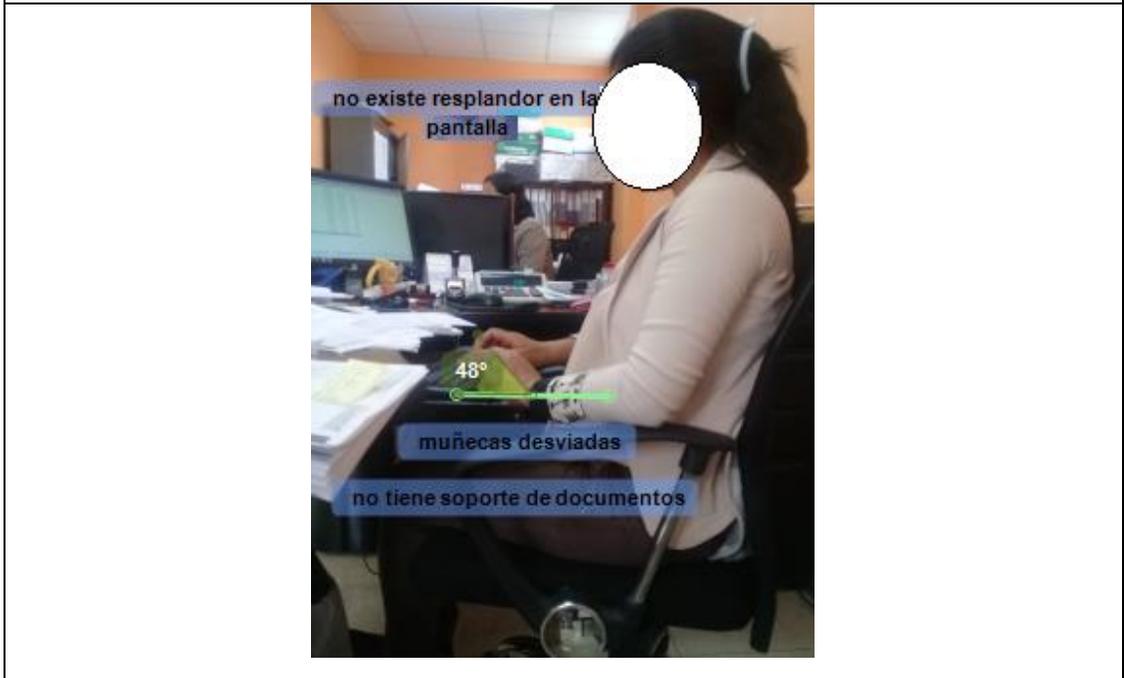
**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 08
	<b>Cargo:</b> Analista de compras públicas	<b>Hoja N°.</b> 01
<b>Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas</b>		
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;">  </div> <div style="width: 45%;">  </div> </div>		

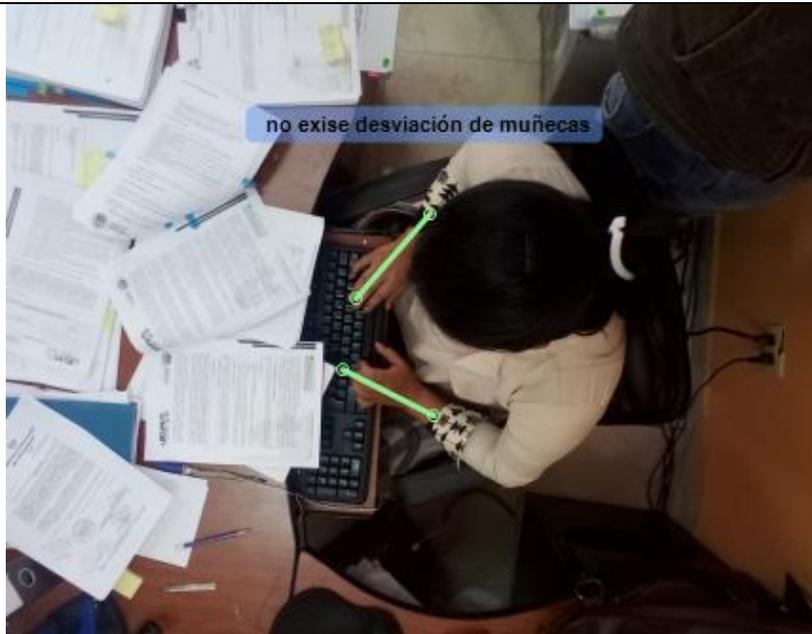
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 08
	<b>Cargo:</b> Analista de compras públicas	<b>Hoja N°.</b> 02

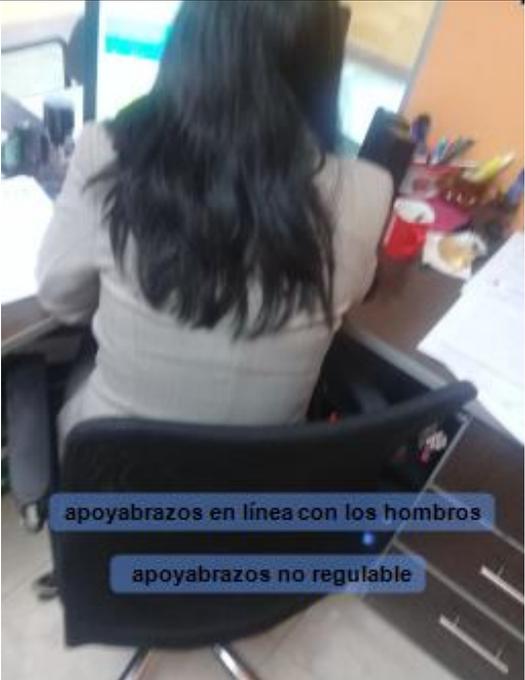
**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 08
	<b>Cargo:</b> Analista de compras públicas	<b>Hoja N°.</b> 03

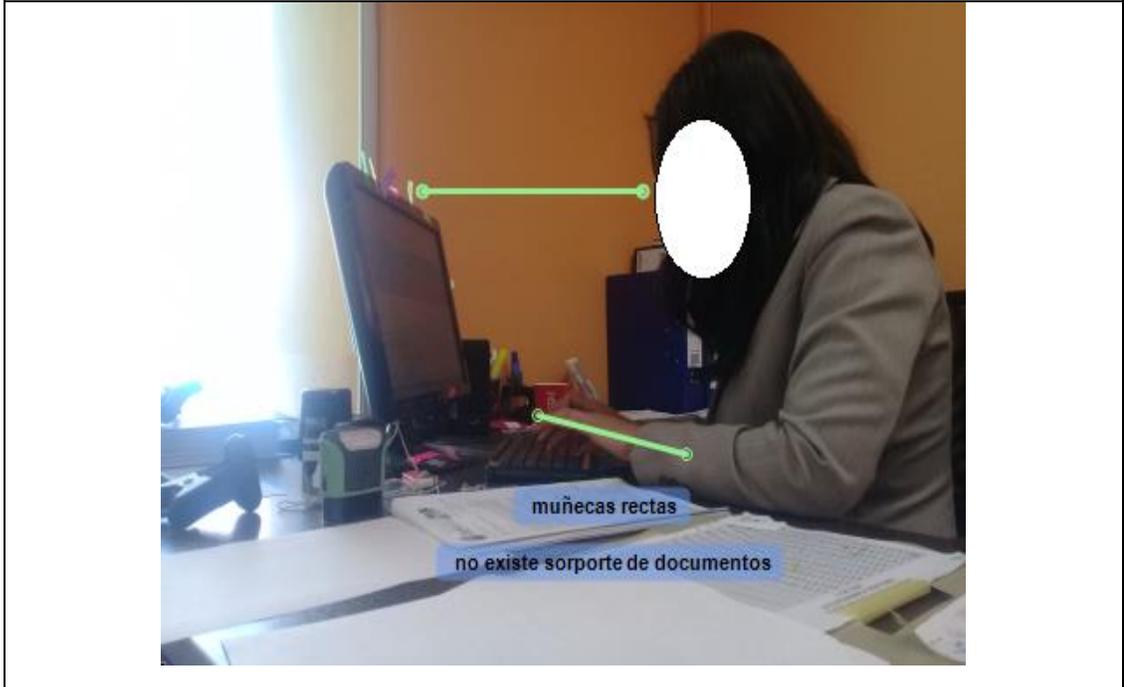
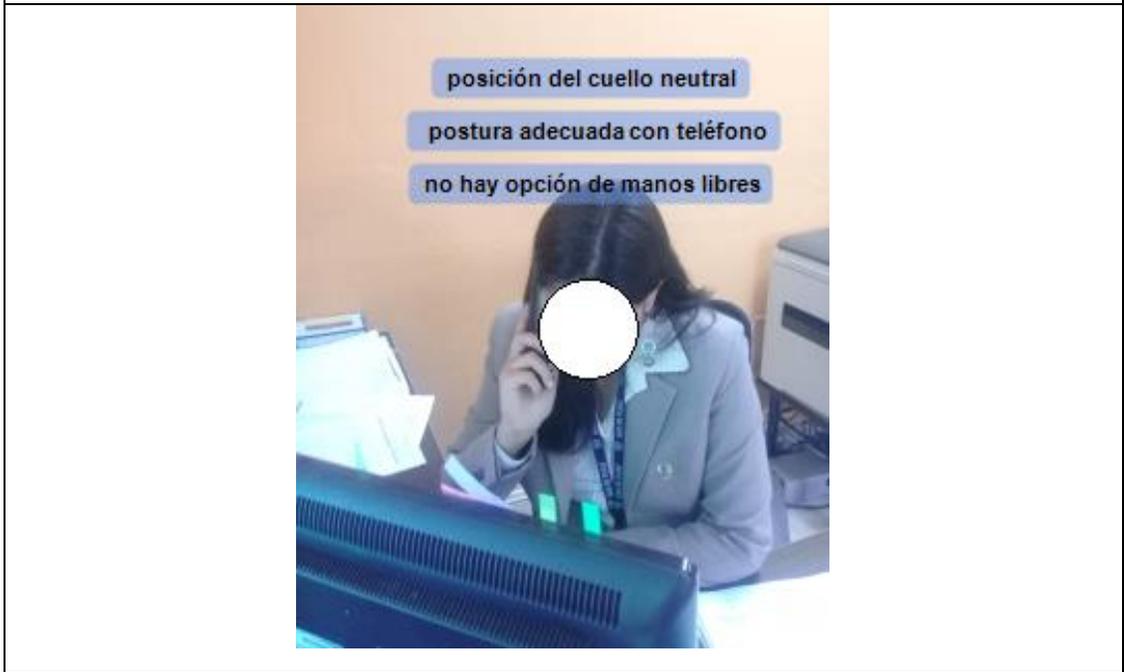
**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 09
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 01
<b>Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas</b>		
		
		

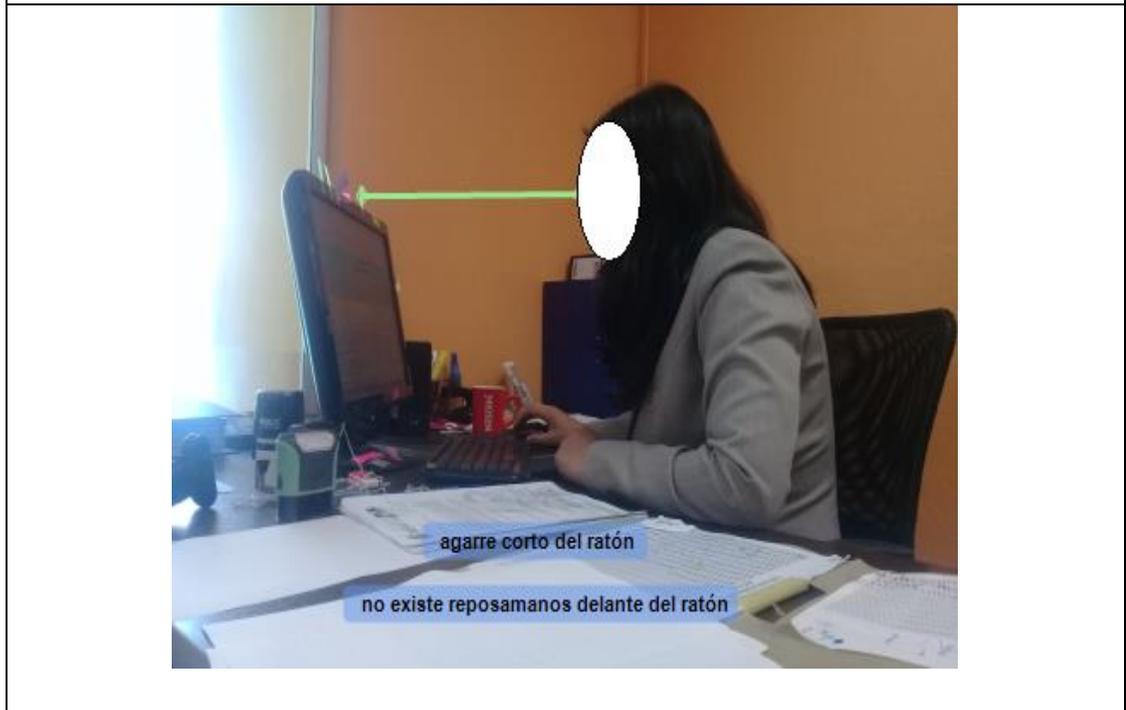
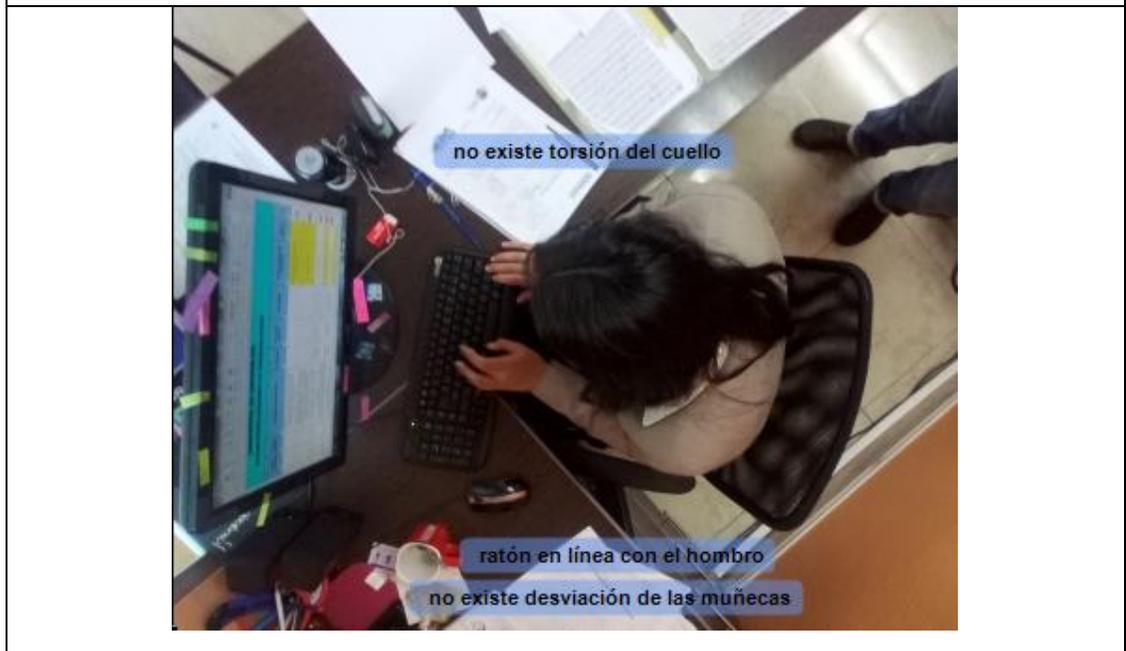
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 09
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	<b>Ficha N°.</b> 09
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 03

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



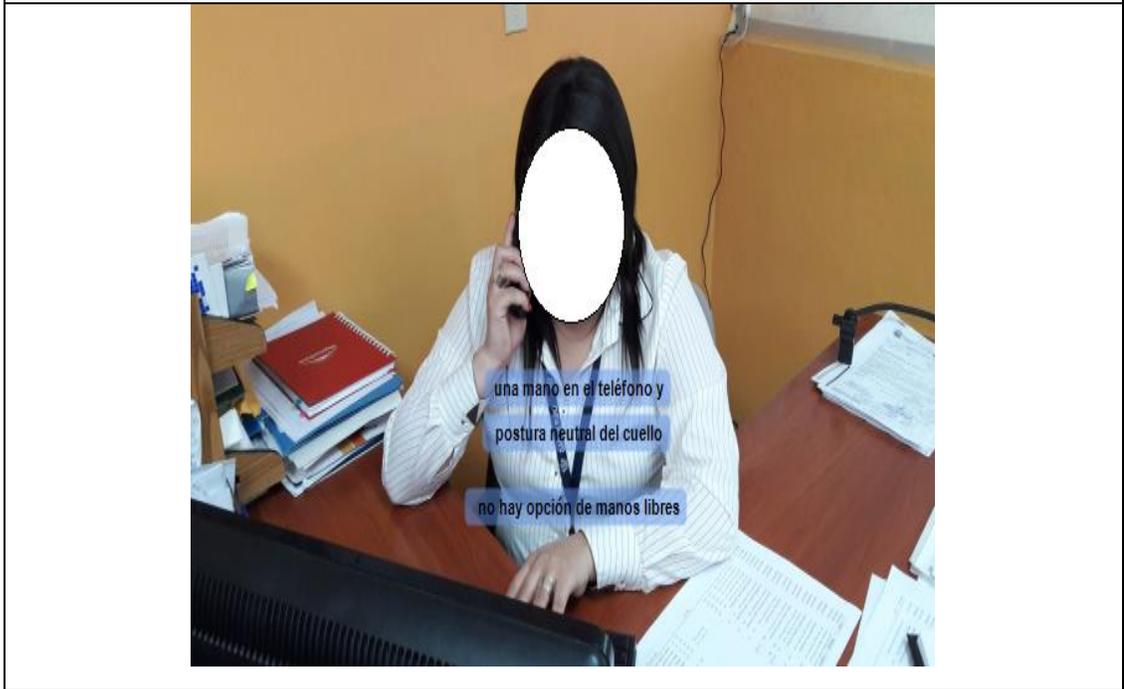
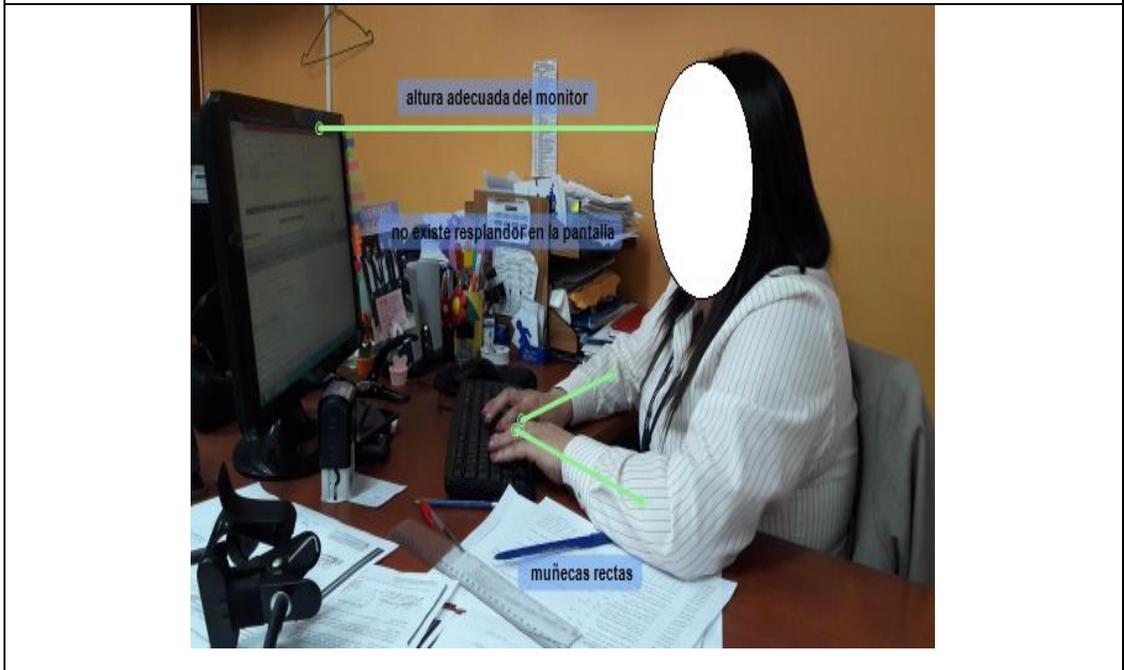
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 10
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



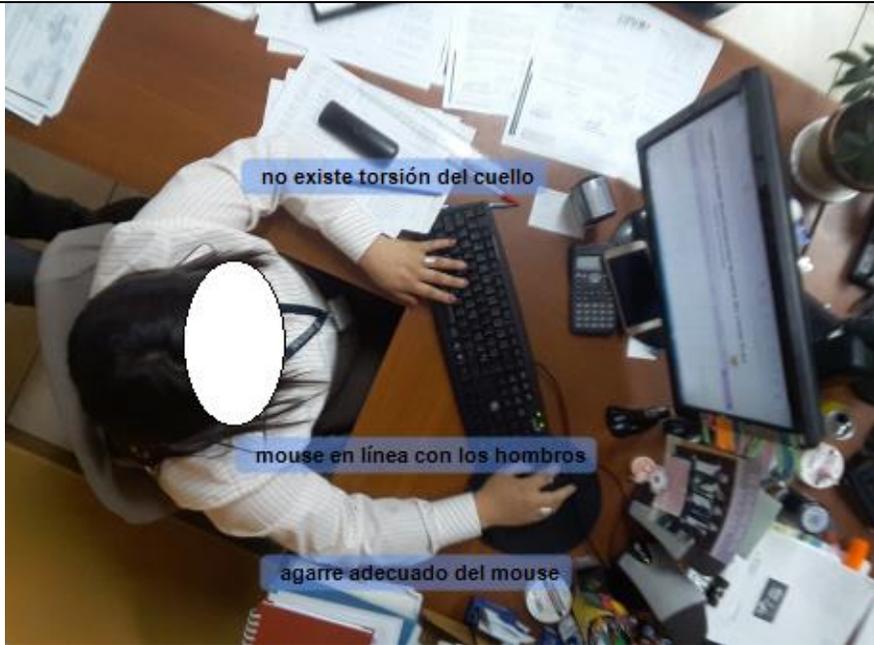
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 10
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



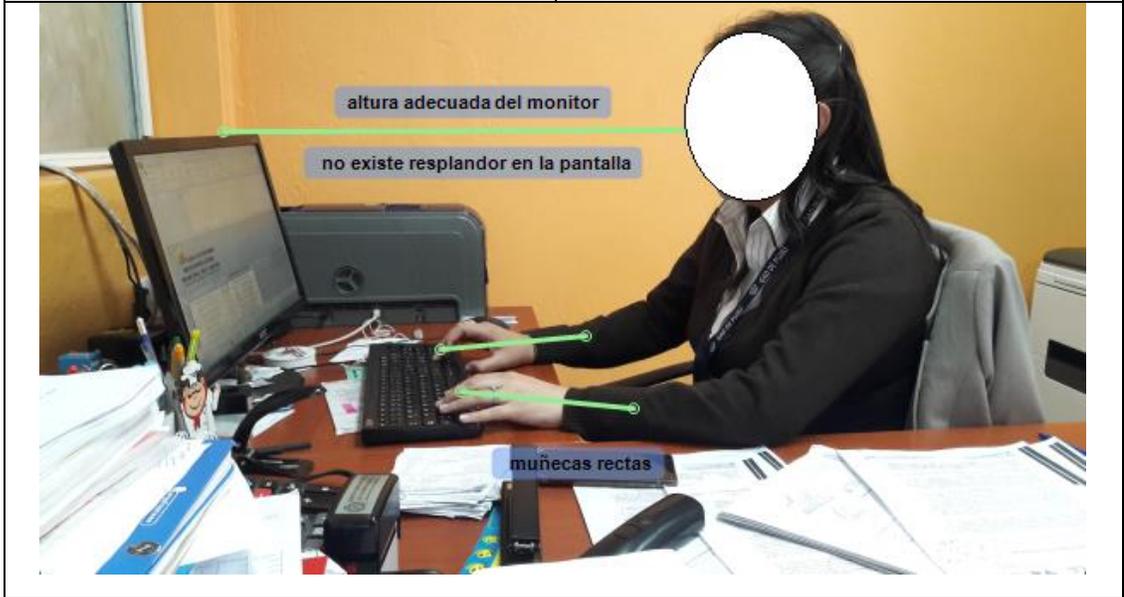
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 10
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 03

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



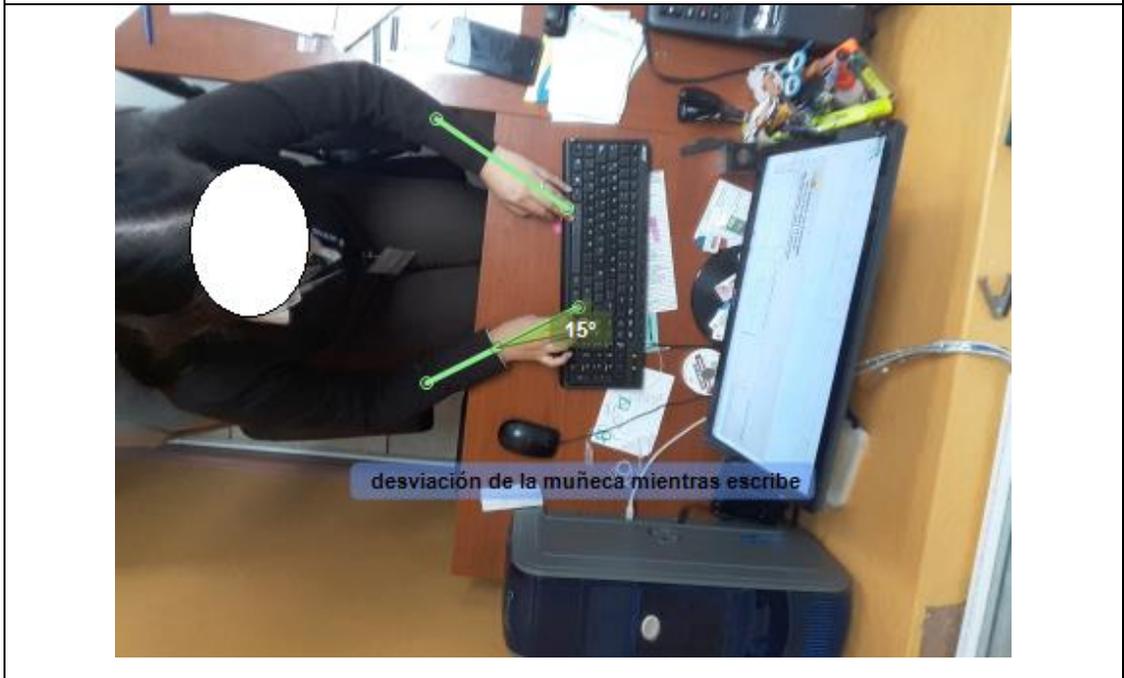
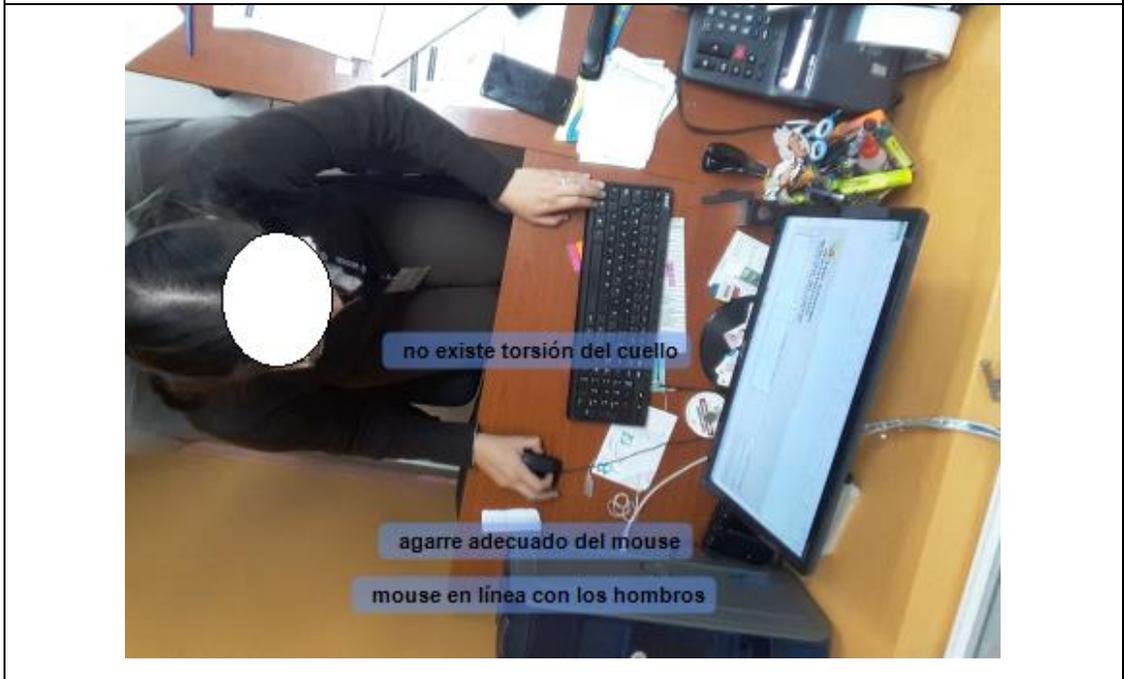
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 11
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



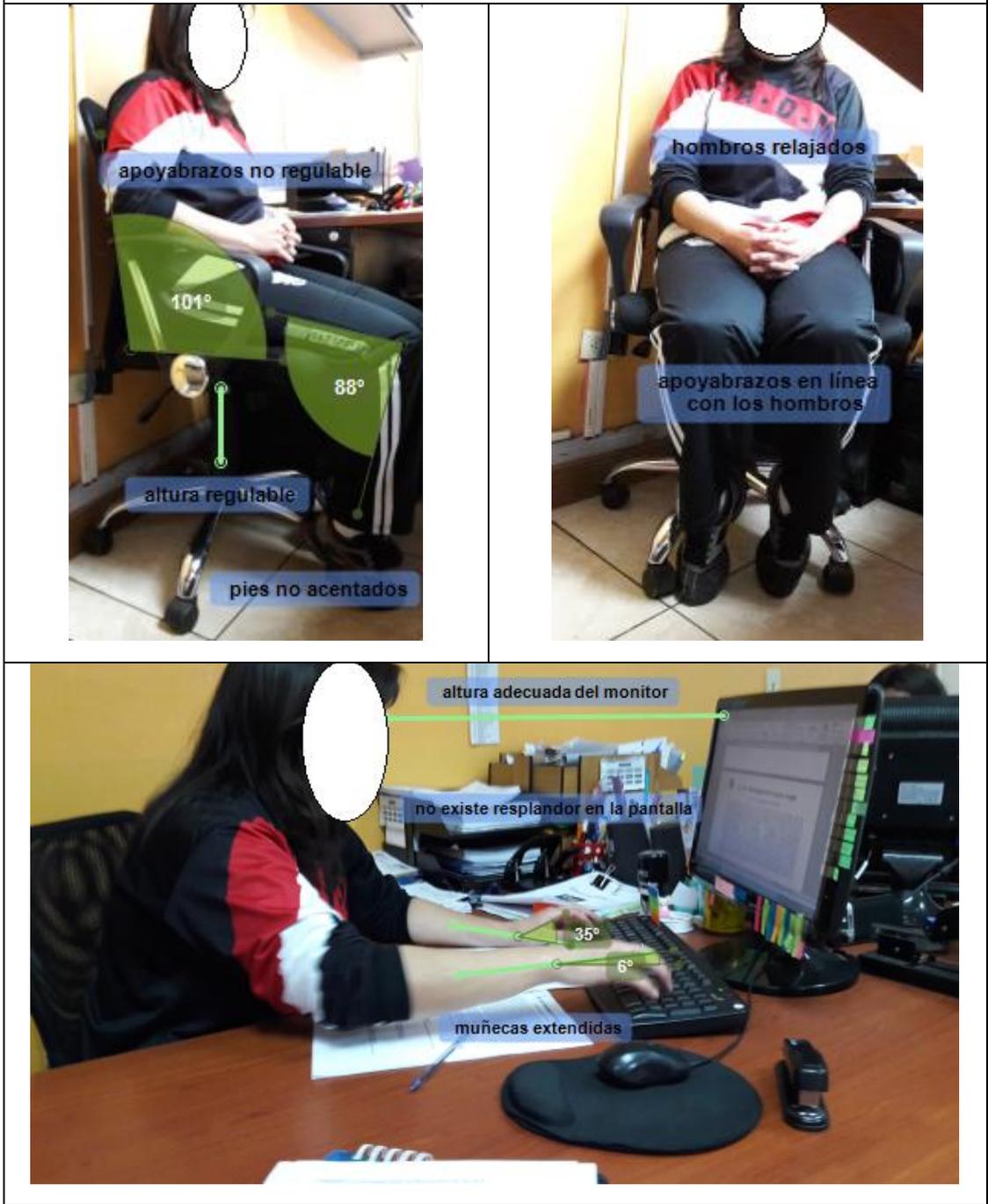
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 11
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



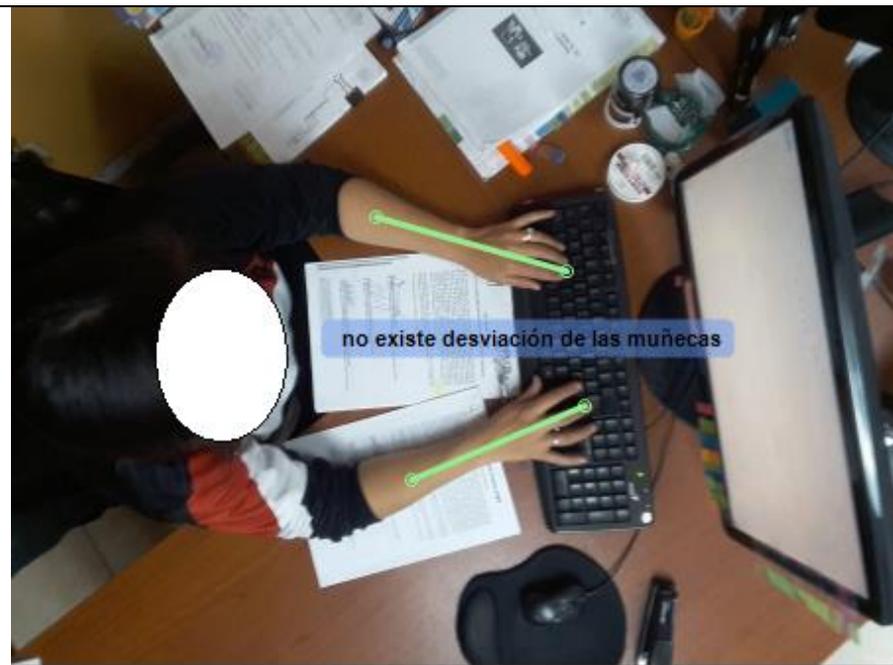
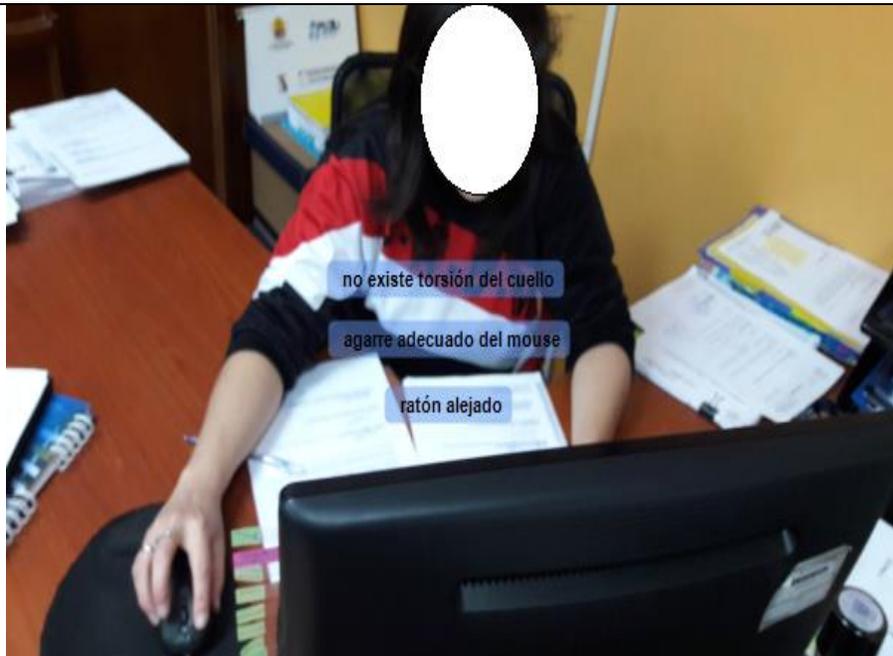
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 12
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 12
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



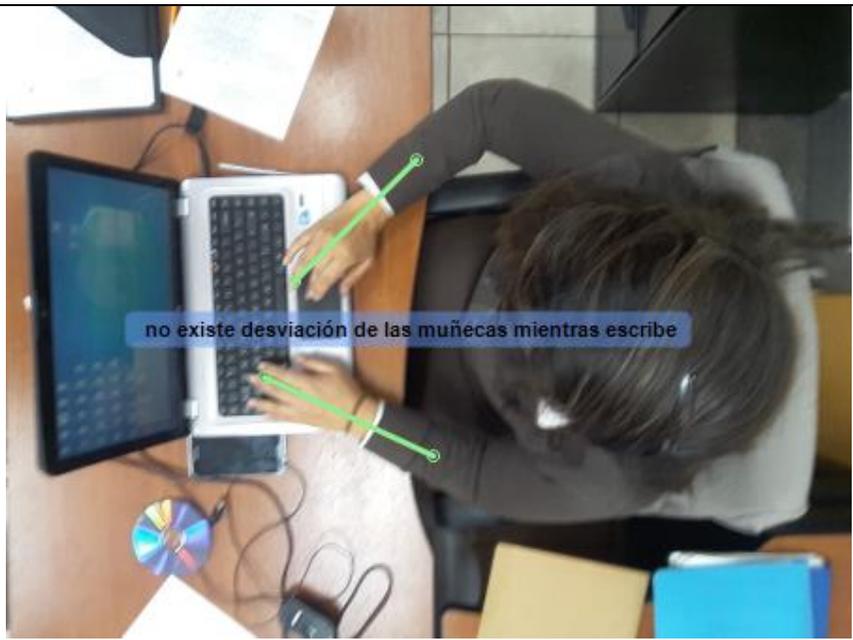
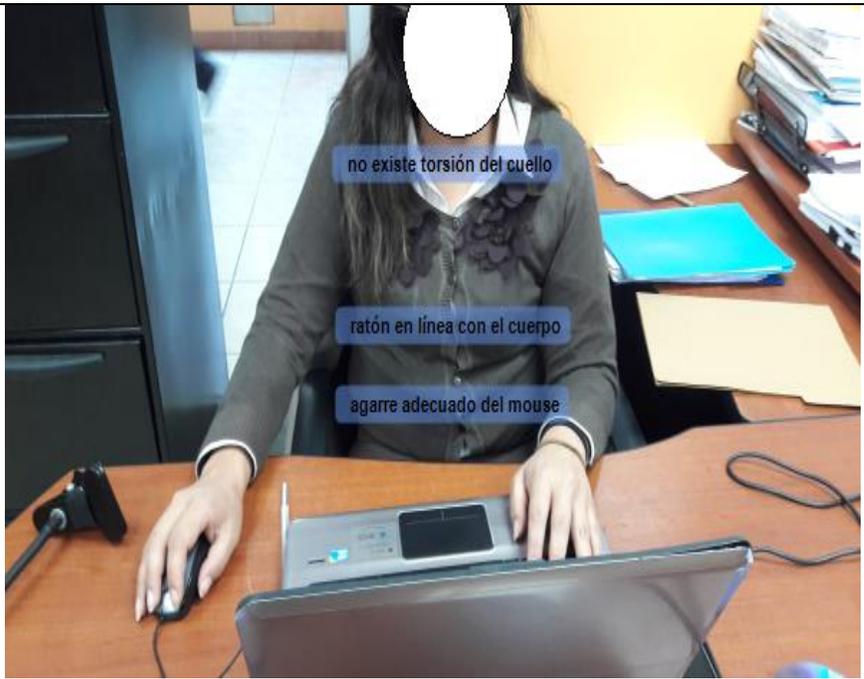
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 13
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



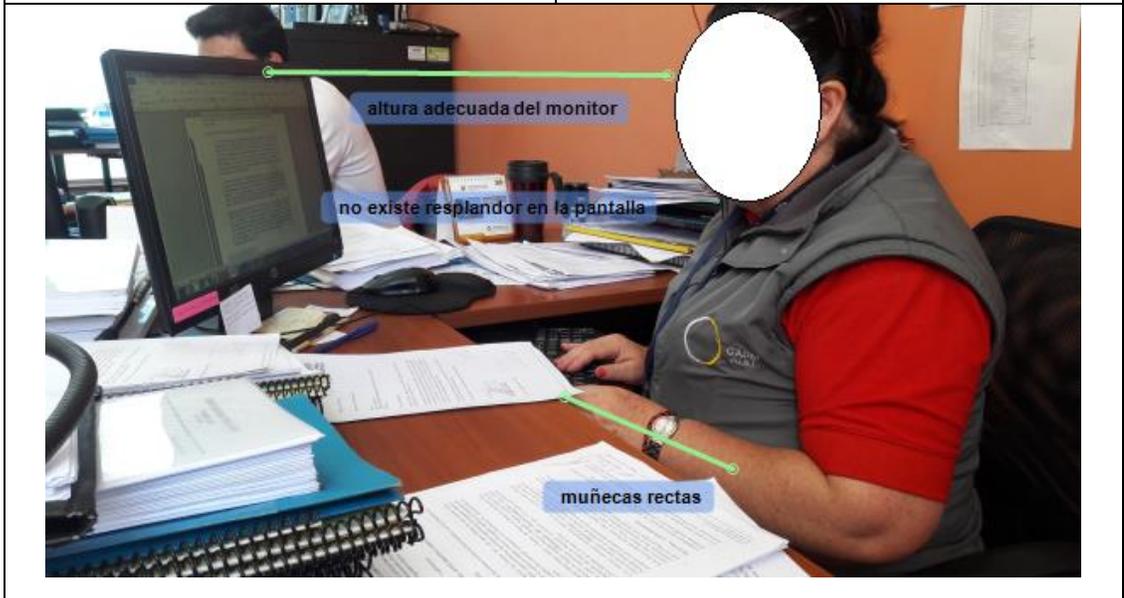
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Talento humano	<b>Ficha N°.</b> 13
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Obras públicas	<b>Ficha N°.</b> 14
	<b>Cargo:</b> Especialista en fiscalización	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**

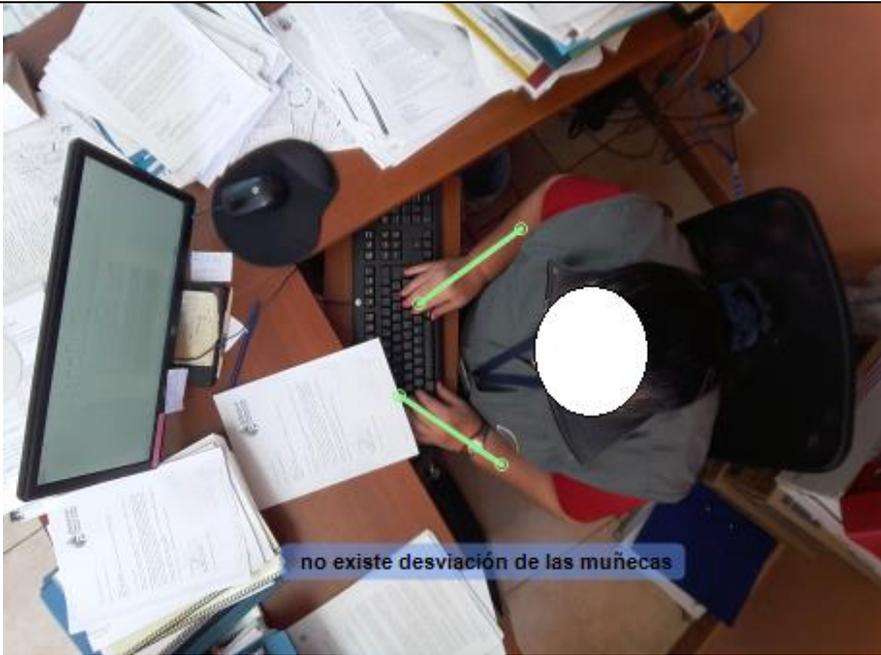
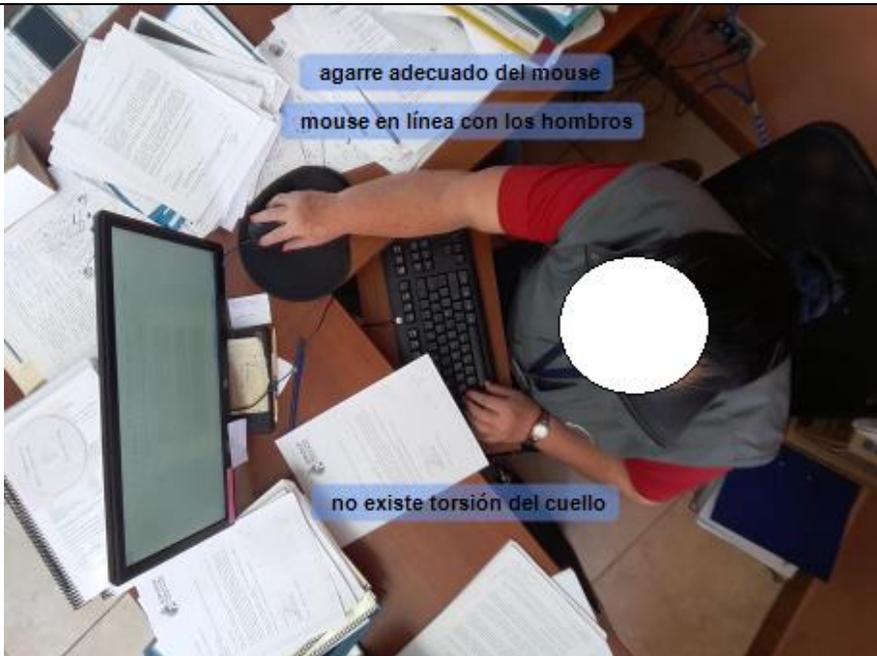




**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ**

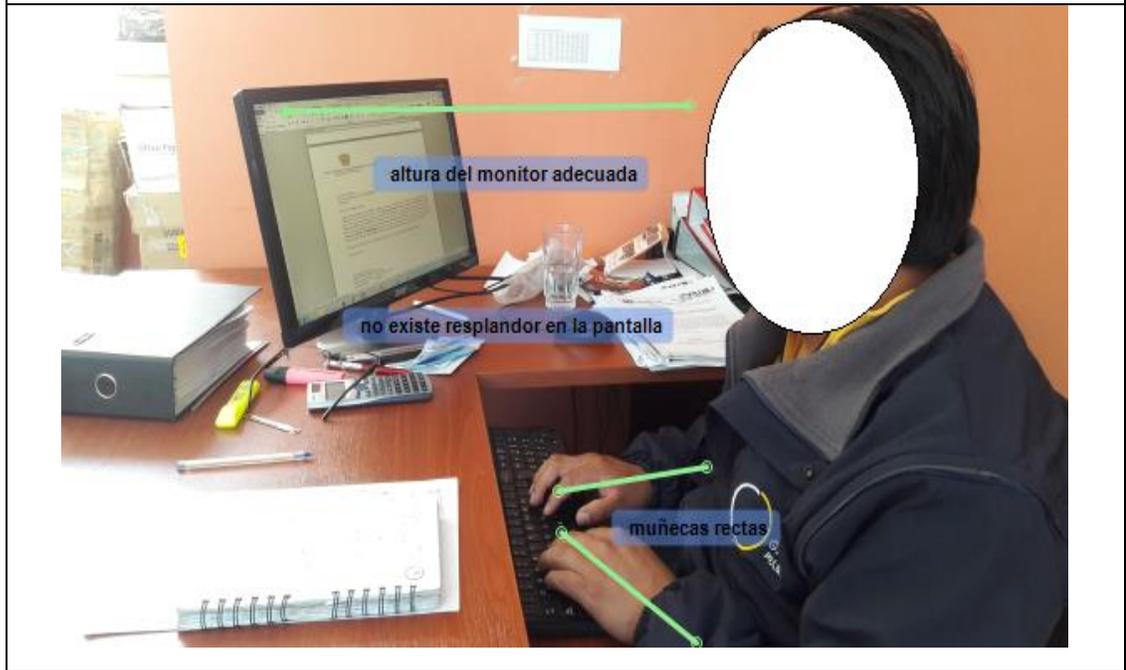
<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
<b>Departamento:</b> Obras públicas	<b>Ficha N°.</b> 14
<b>Cargo:</b> Especialista en fiscalización	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



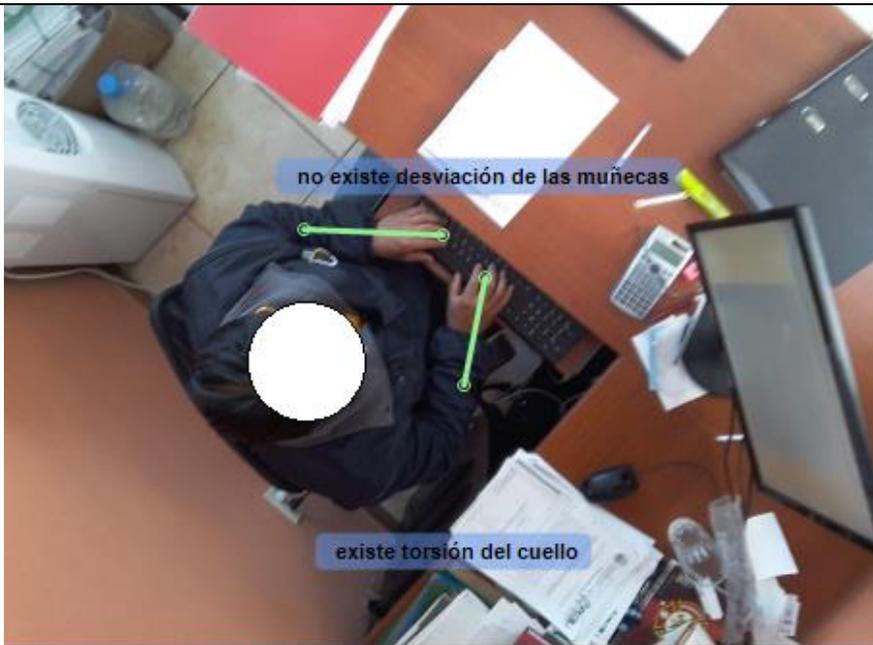
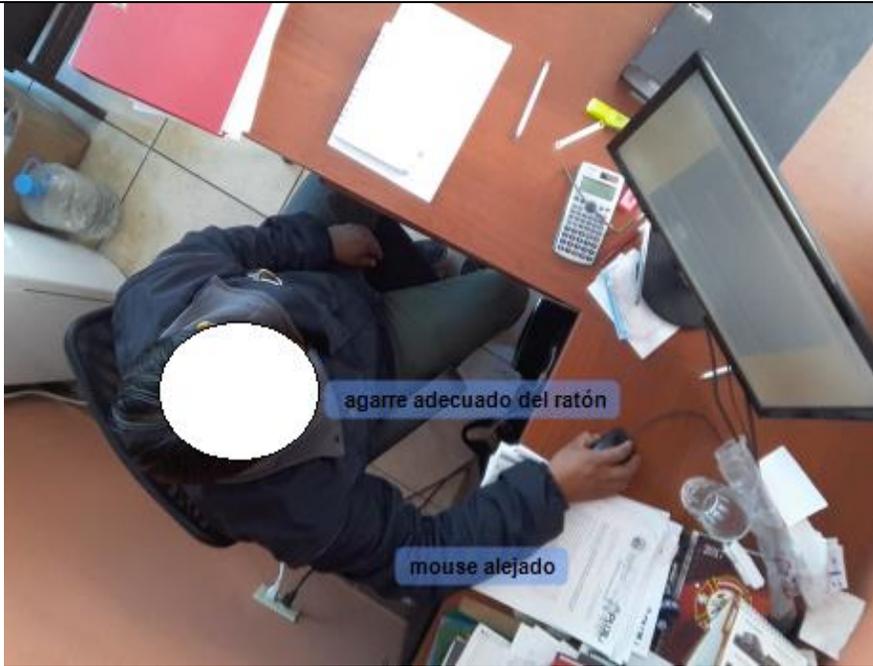
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Obras públicas	<b>Ficha N°.</b> 15
	<b>Cargo:</b> Especialista en fiscalización	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Obras públicas	<b>Ficha N°.</b> 15
	<b>Cargo:</b> Especialista en fiscalización	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**





**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ**

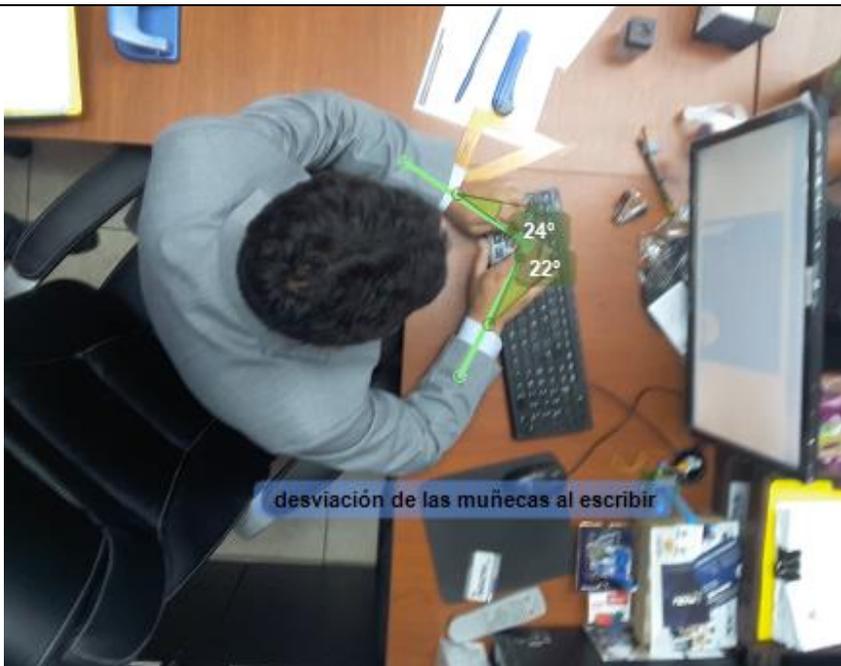
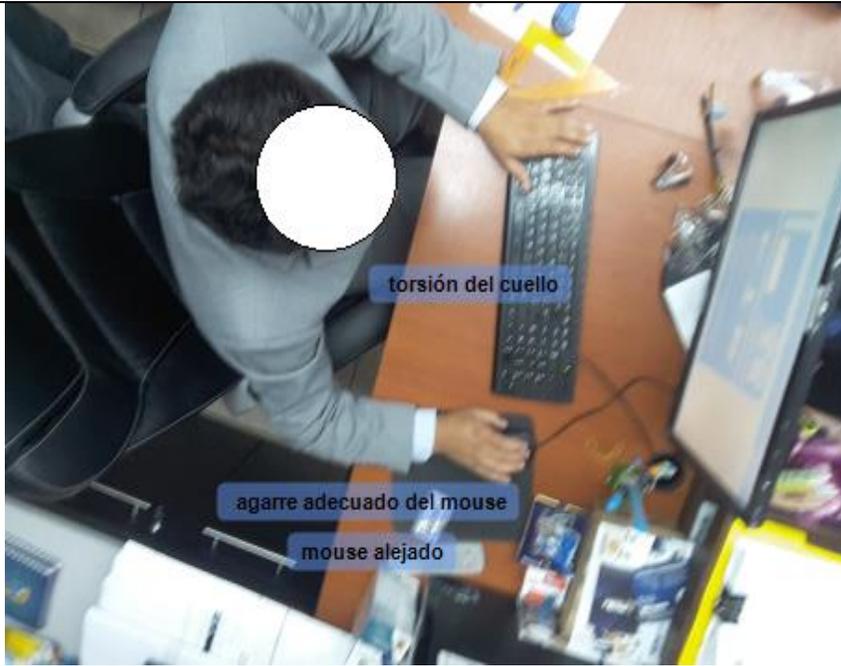
<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 16
<b>Cargo:</b> Líder de gestión urbana	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



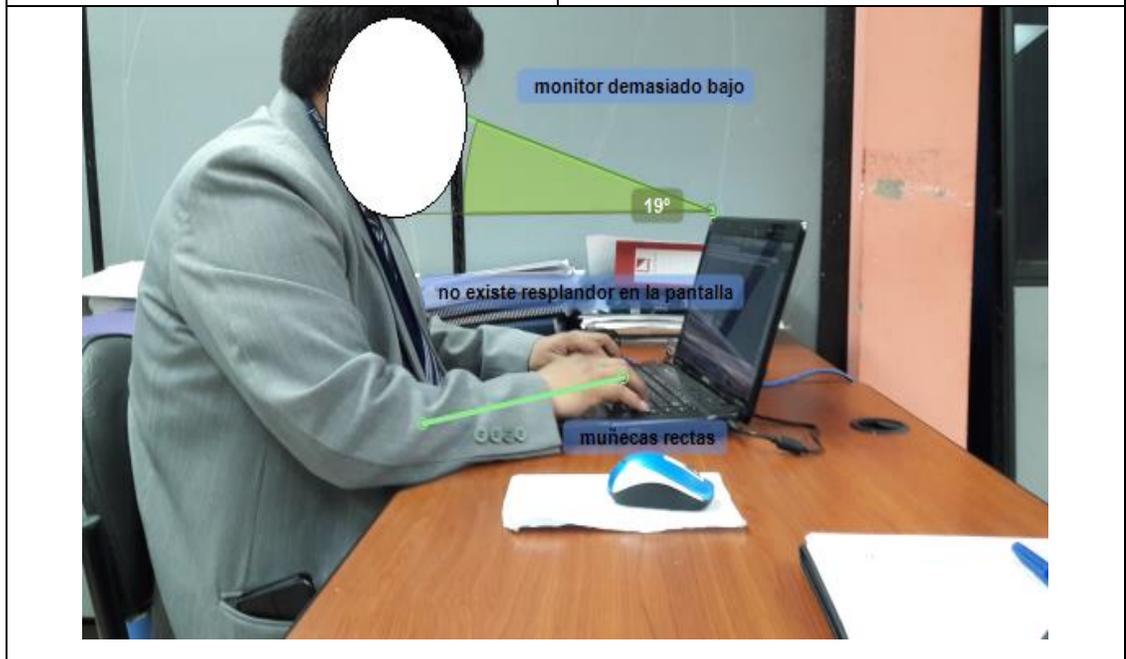
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 16
	<b>Cargo:</b> Líder de gestión urbana	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



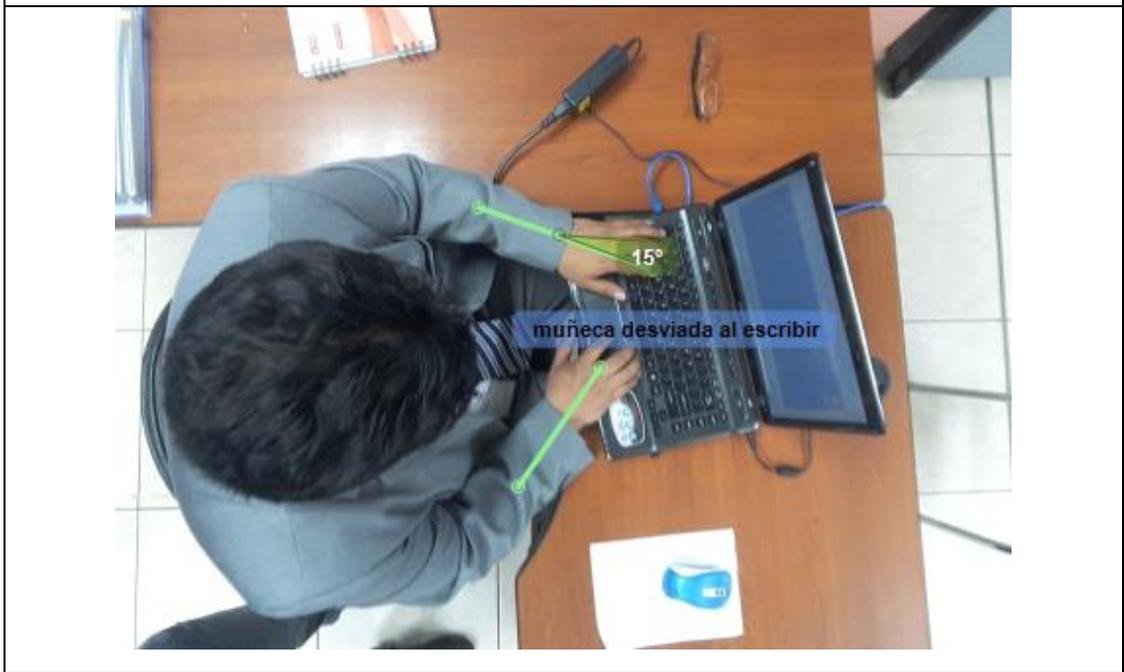
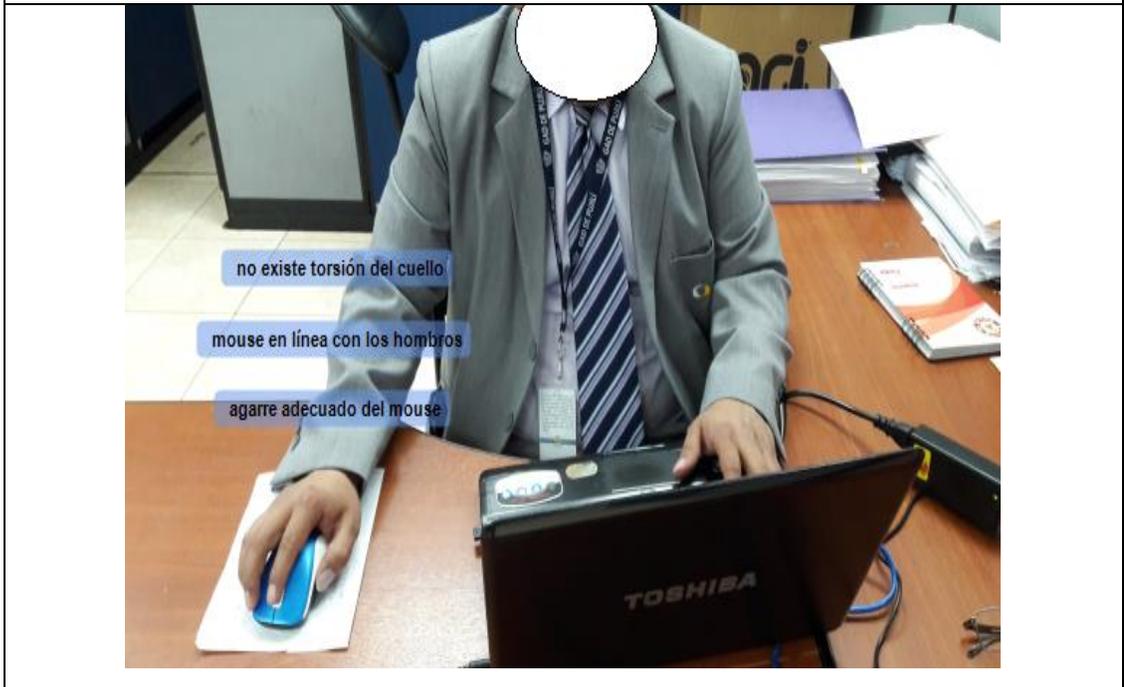
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 17
	<b>Cargo:</b> Analista de diseño urbano	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



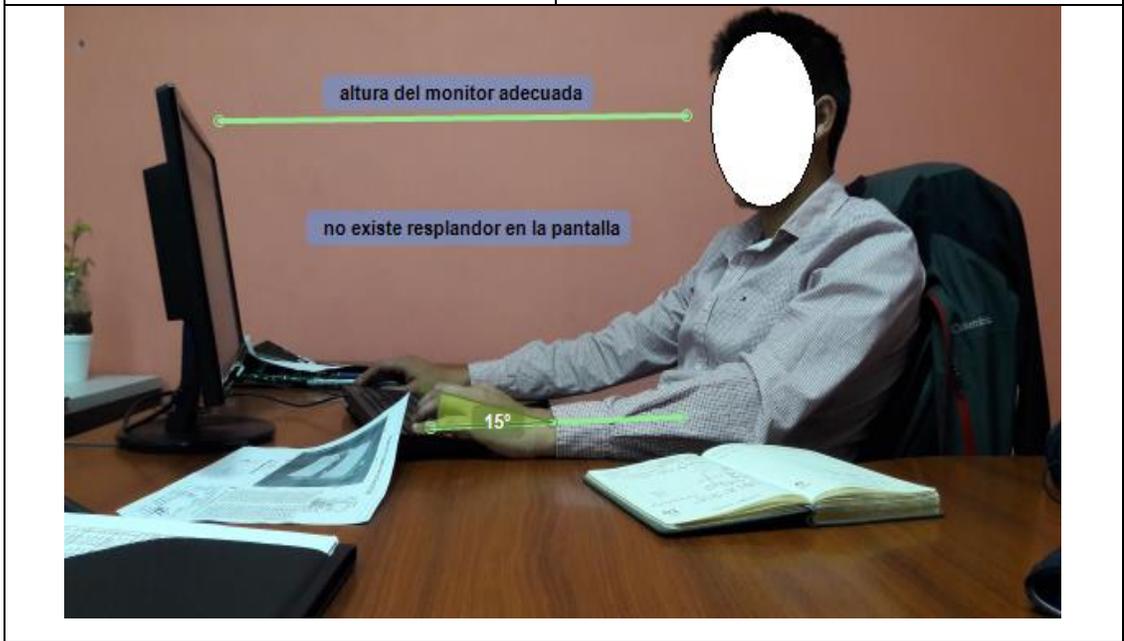
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 17
	<b>Cargo:</b> Analista de diseño urbano	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



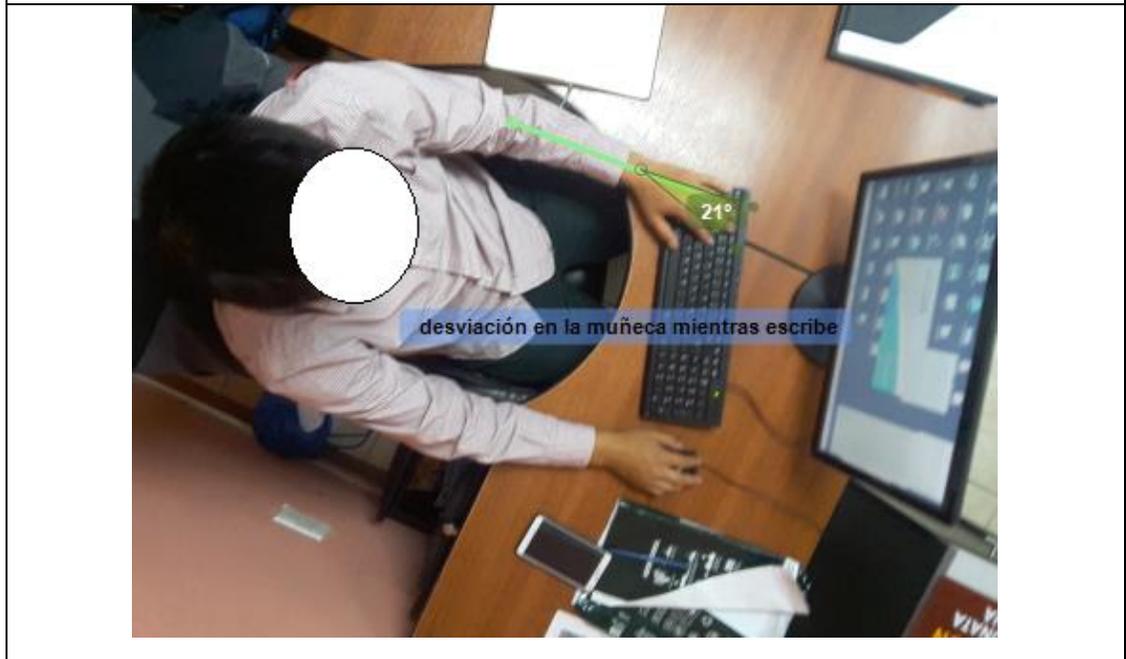
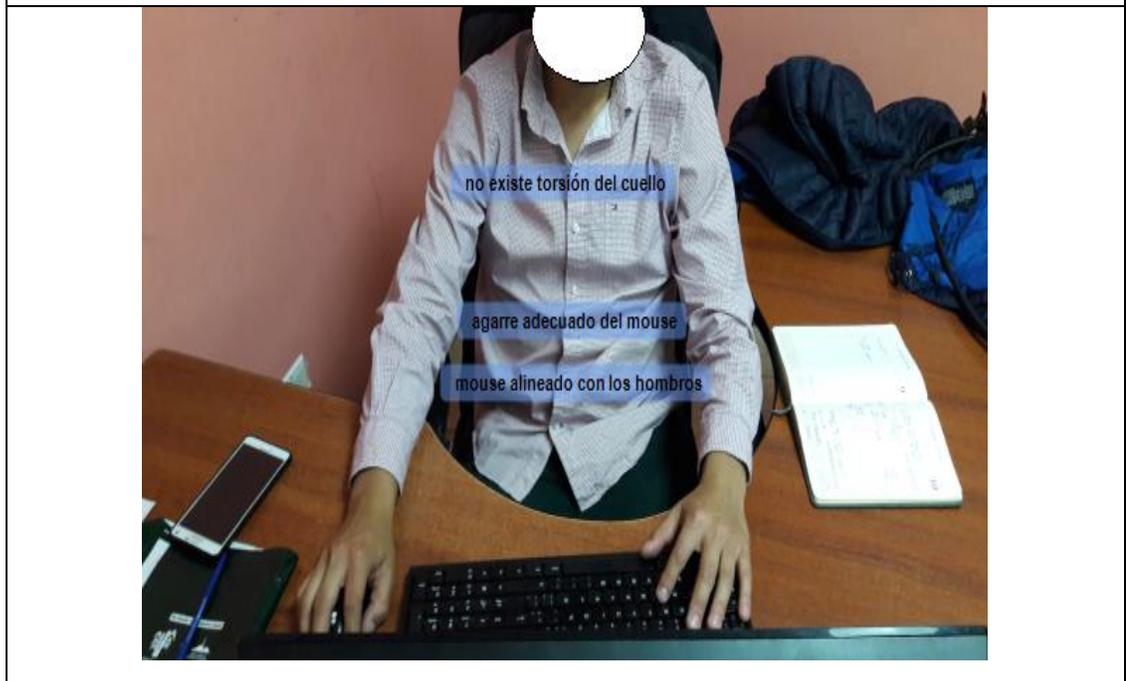
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 18
	<b>Cargo:</b> Especialista en planificación territorial	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



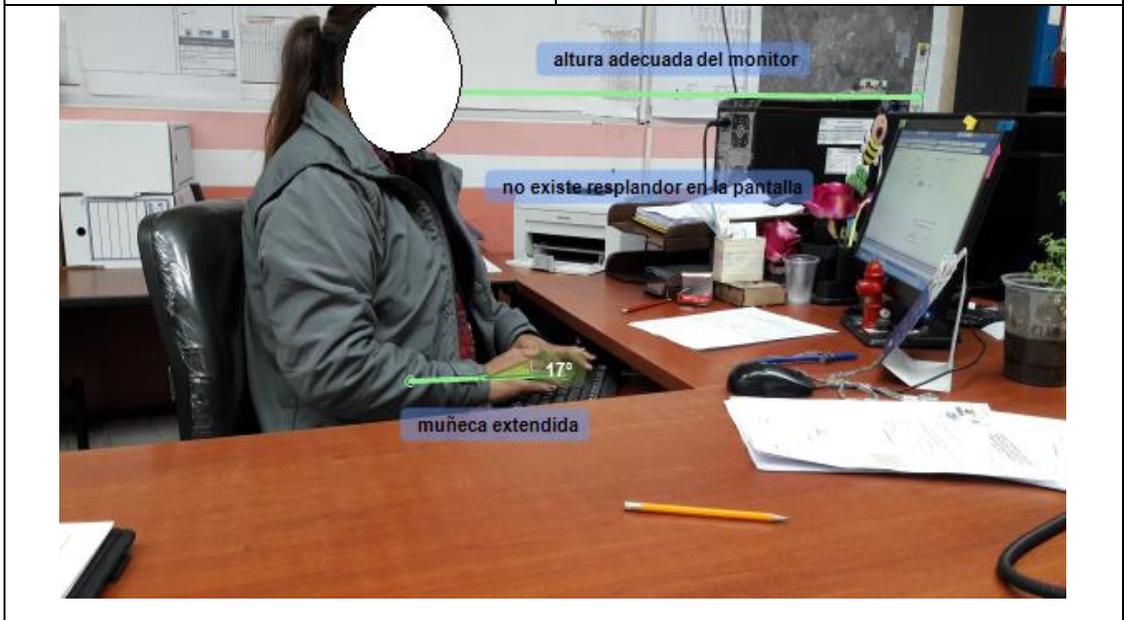
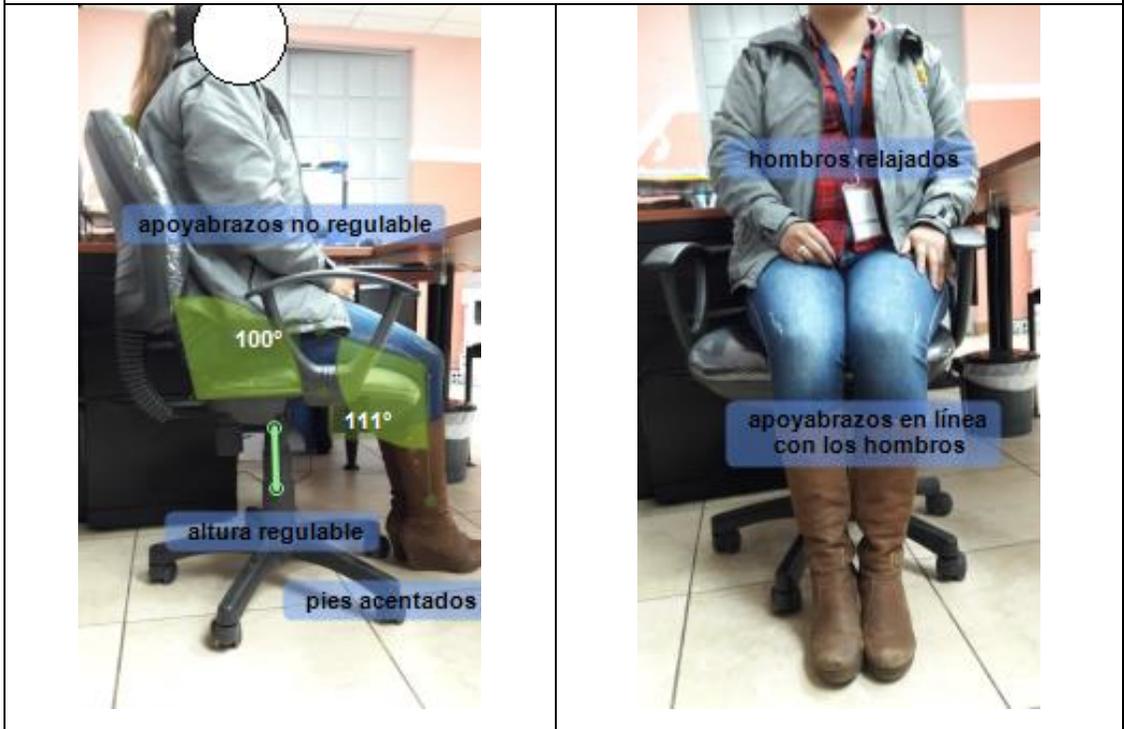
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 18
	<b>Cargo:</b> Especialista en planificación territorial	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



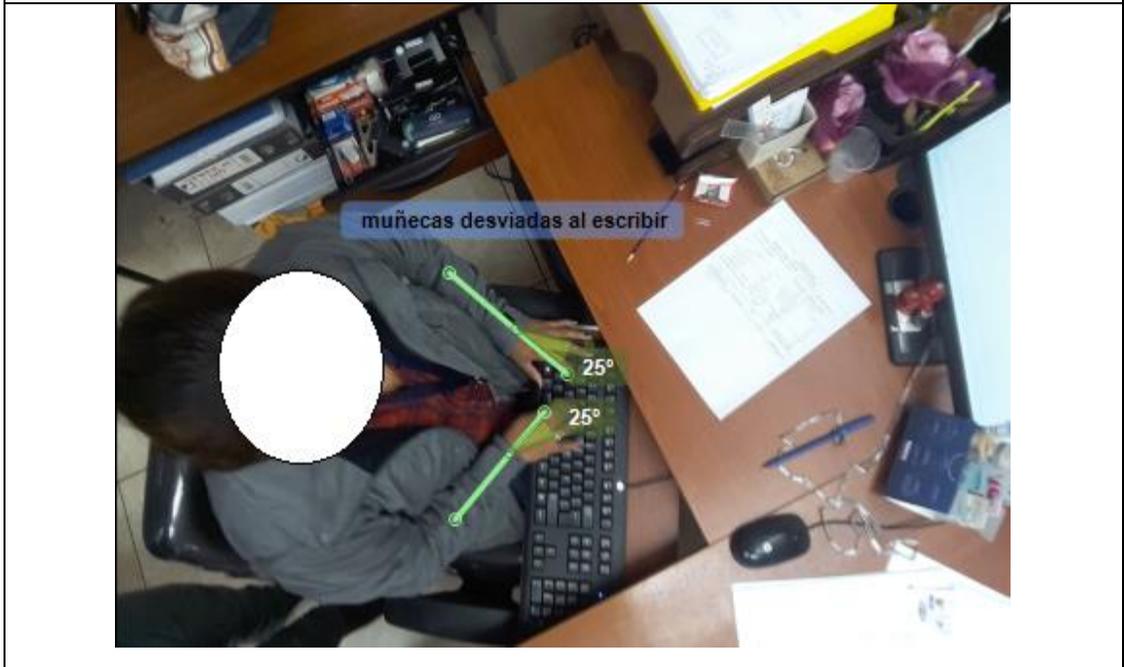
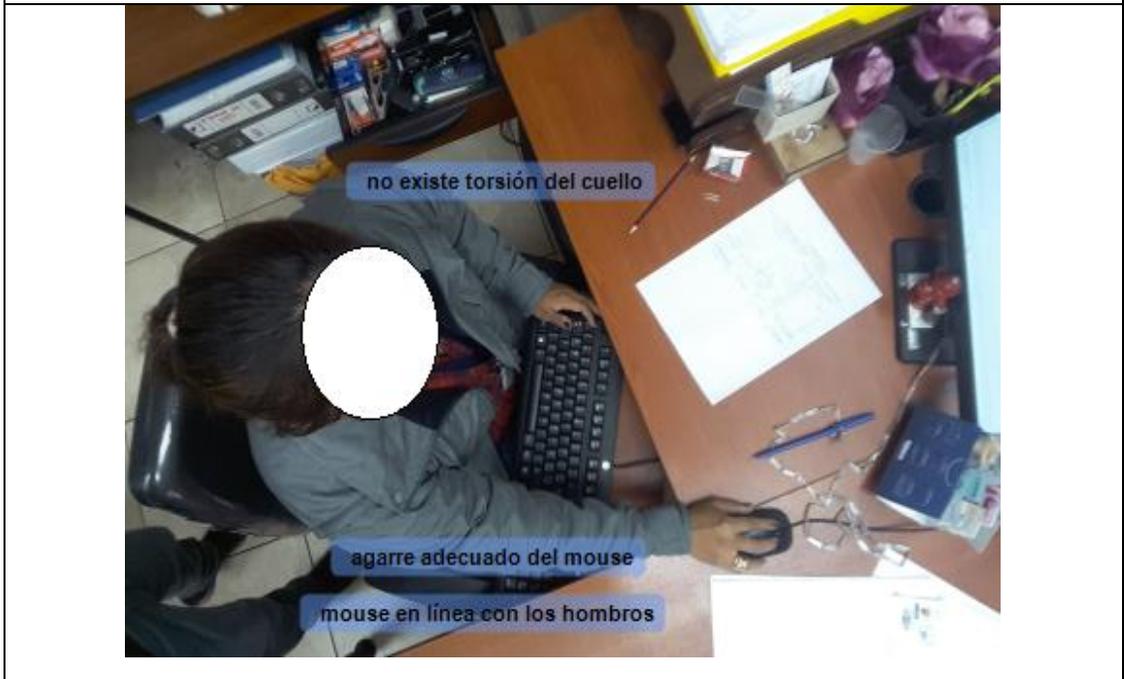
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 19
	<b>Cargo:</b> Especialista en aprobación de planos	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 19
	<b>Cargo:</b> Especialista en aprobación de planos	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**





**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ**

**Nombre:** -

**Elaborado por:** Lenin Caicedo

**Departamento:** Planificación

**Ficha N°.** 20

**Cargo:** Asistente de dirección de planificación

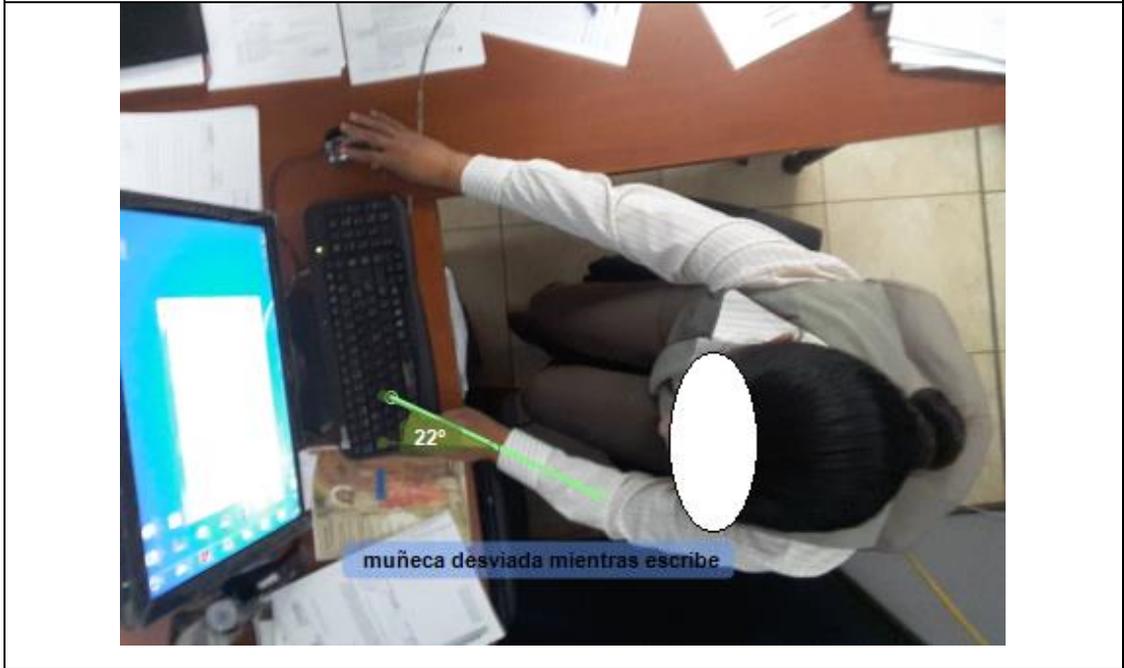
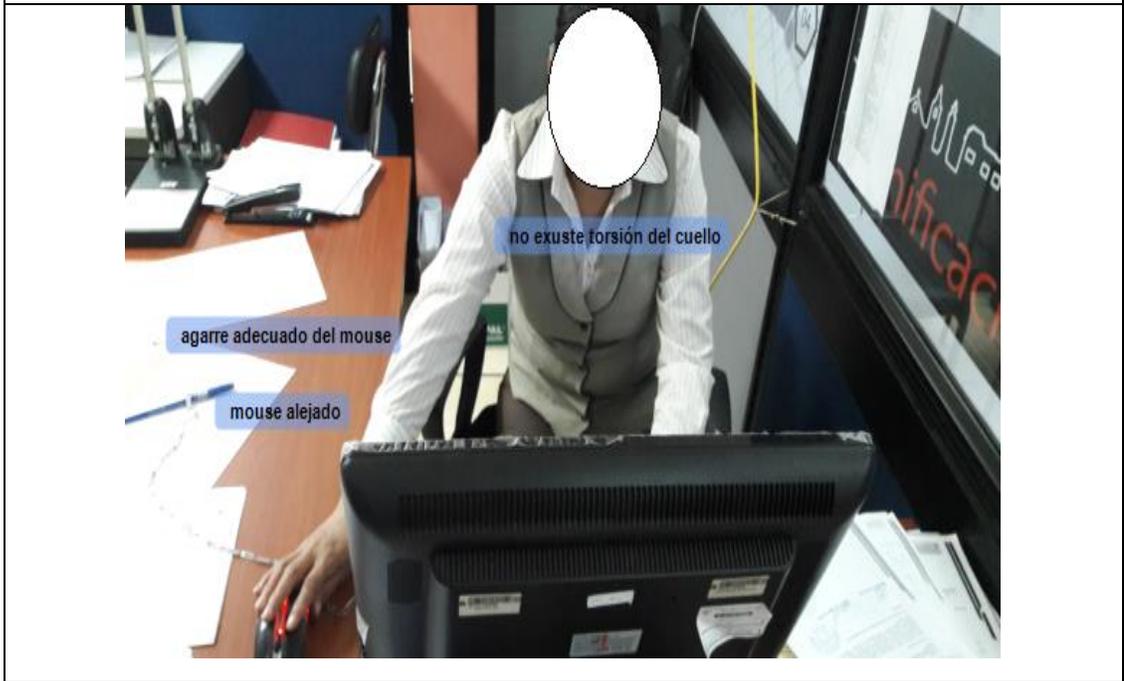
**Hoja N°.** 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



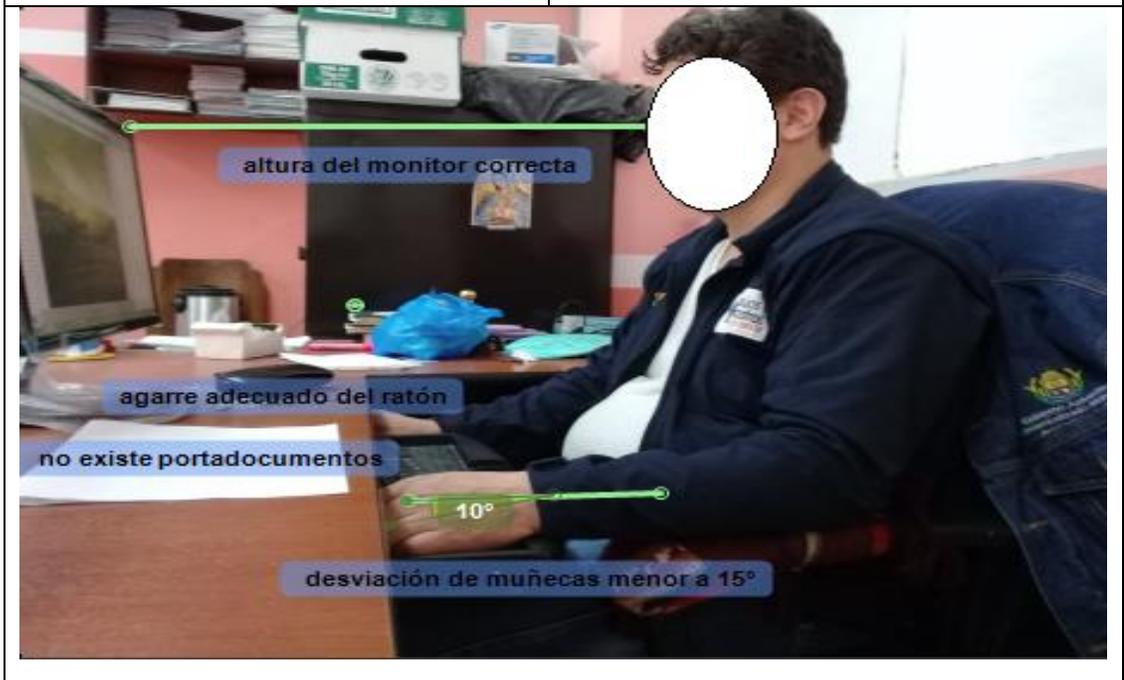
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Planificación	<b>Ficha N°.</b> 20
	<b>Cargo:</b> Asistente de dirección de planificación	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



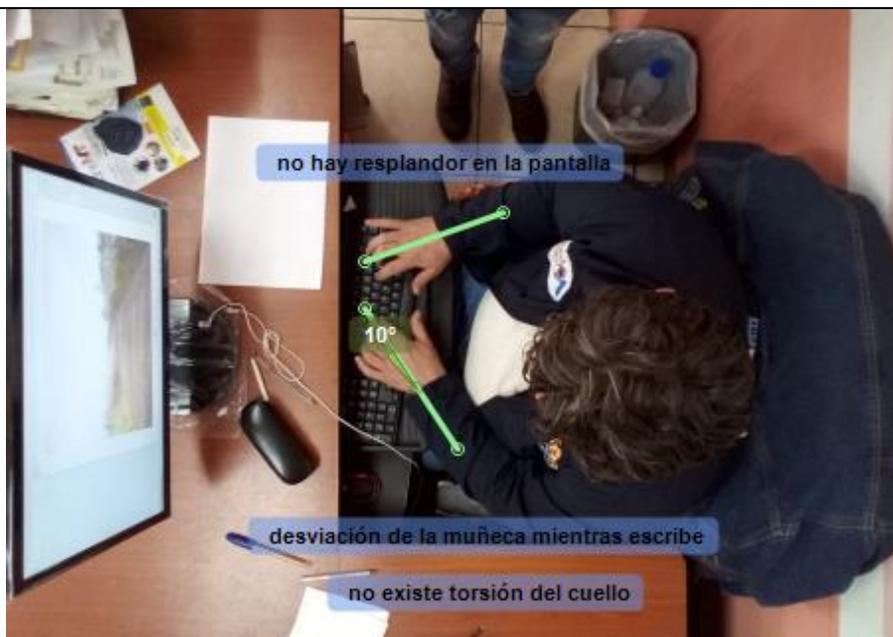
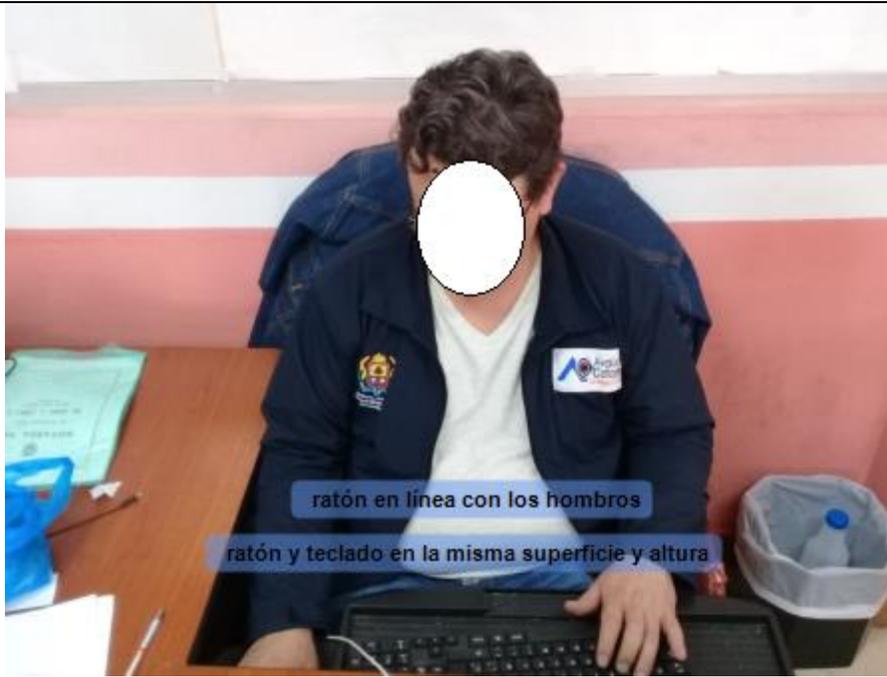
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Avalúos y catastros	<b>Ficha N°.</b> 21
	<b>Cargo:</b> Inspector de avalúos y catastros	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



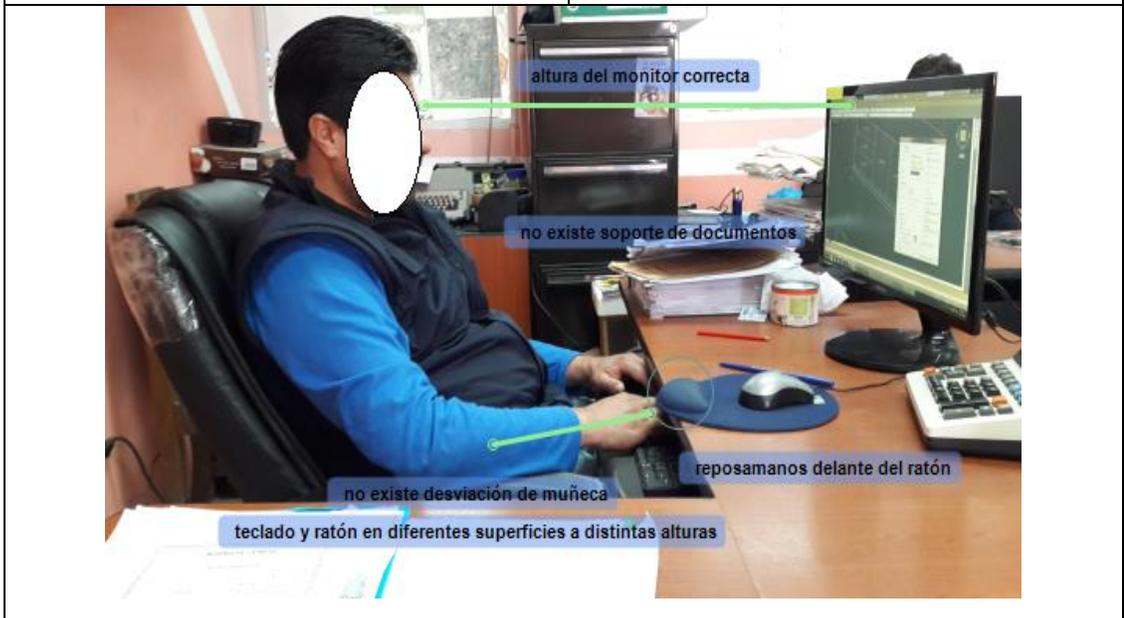
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Avalúos y catastros	<b>Ficha N°.</b> 21
	<b>Cargo:</b> Inspector de avalúos y catastros	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



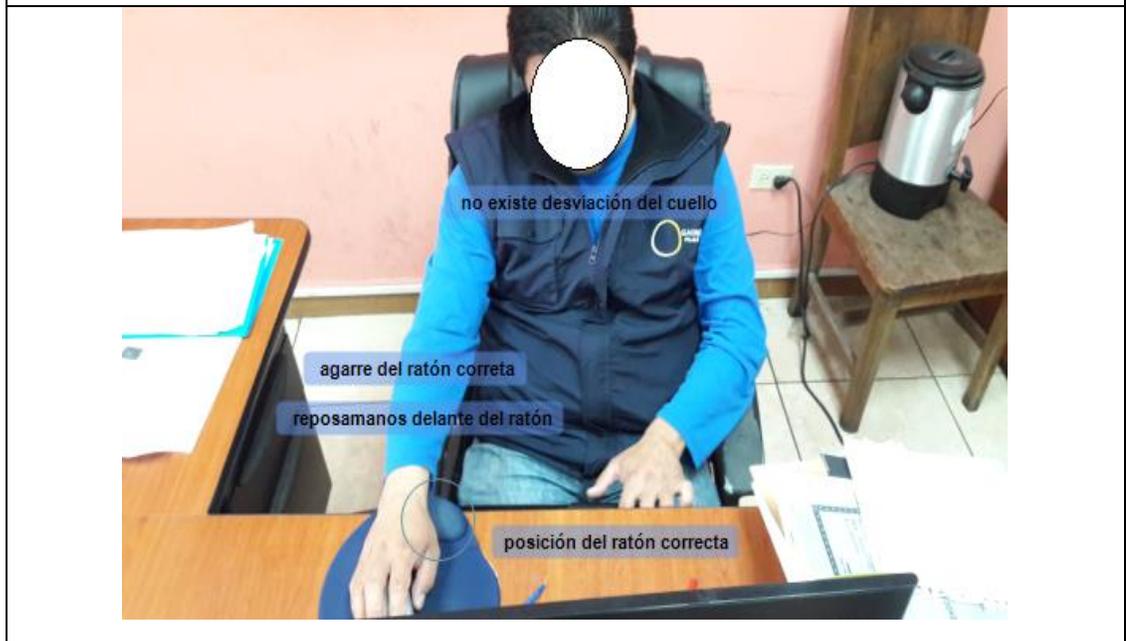
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Avalúos y catastros	<b>Ficha N°.</b> 22
	<b>Cargo:</b> Asistente de avalúos y catastros	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Avalúos y catastros	<b>Ficha N°.</b> 22
	<b>Cargo:</b> Asistente de avalúos y catastros	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**





**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ**

**Nombre:** - **Elaborado por:** Lenin Caicedo

**Departamento:** Avalúos y catastros **Ficha N°.** 23

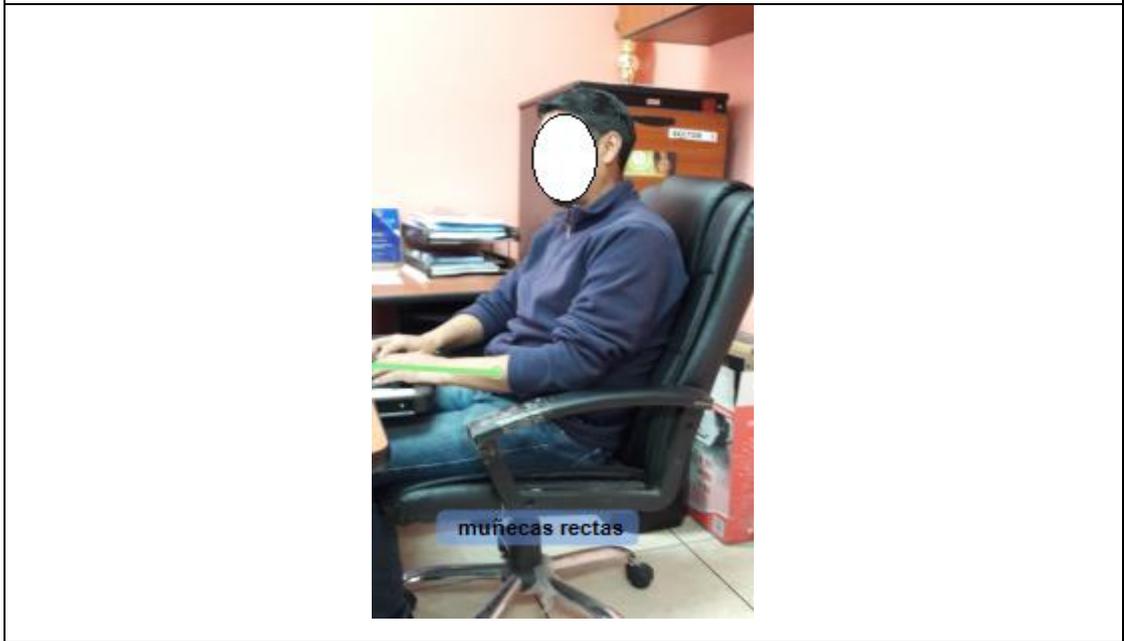
**Cargo:** Analista senior de catastros **Hoja N°.** 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



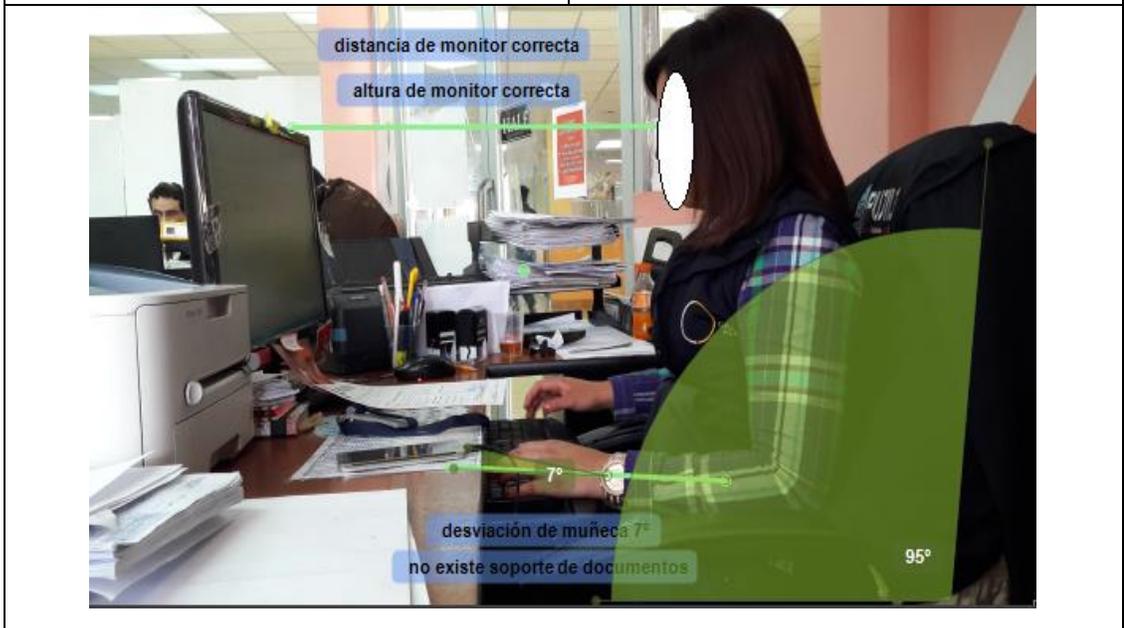
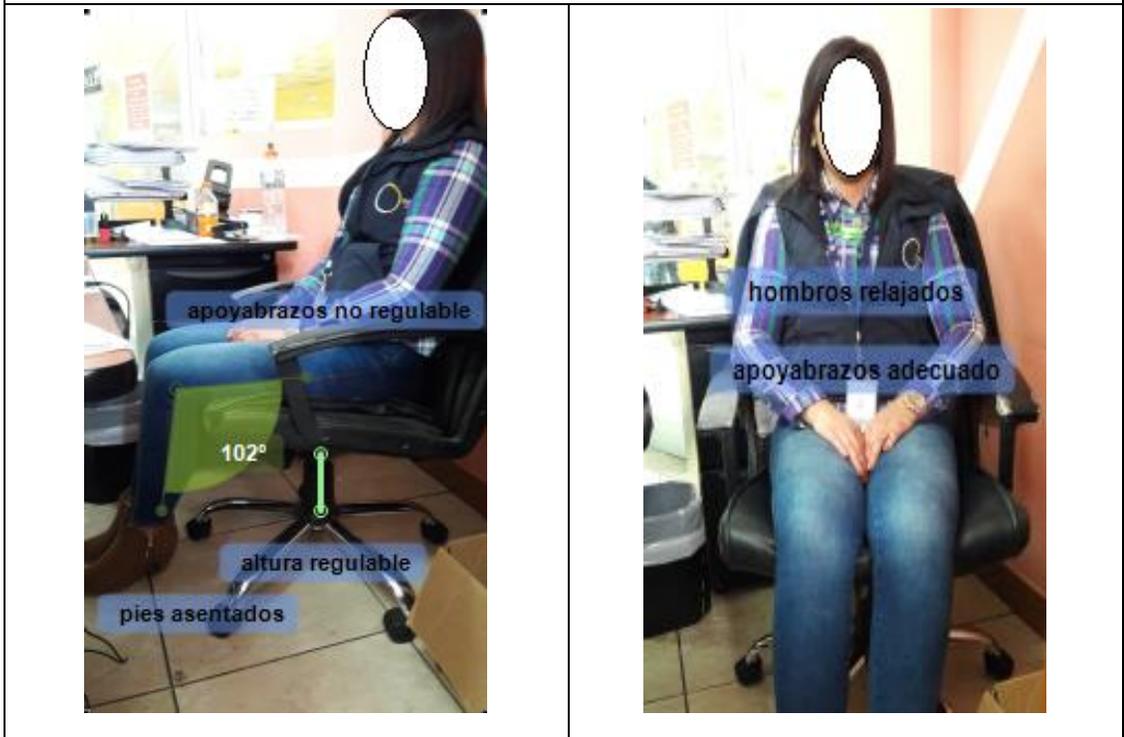
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Avalúos y catastros	<b>Ficha N°.</b> 23
	<b>Cargo:</b> Analista senior de catastros	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



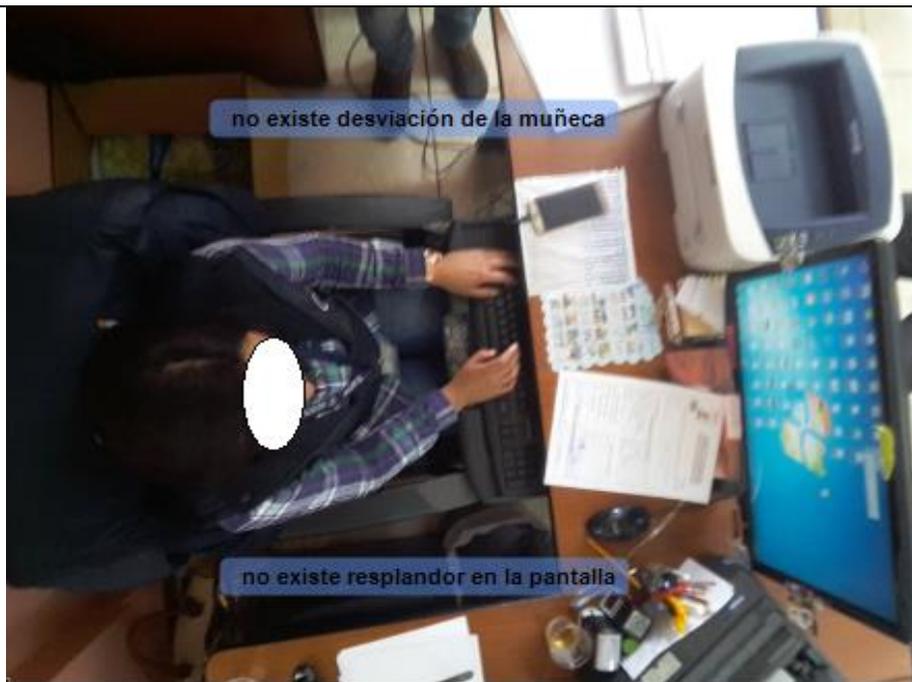
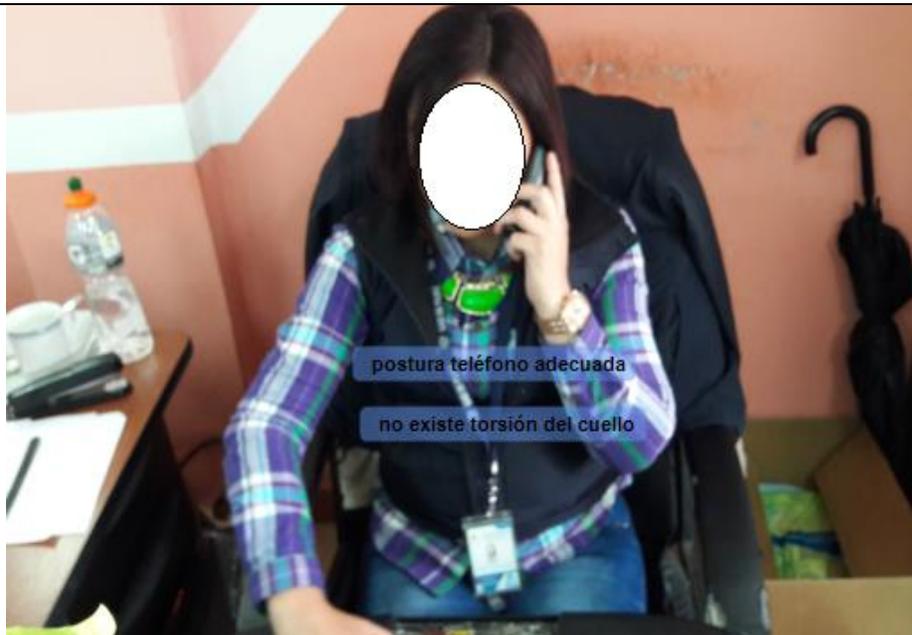
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Avalúos y catastros	<b>Ficha N°.</b> 24
	<b>Cargo:</b> Asistente de avalúos y catastros	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



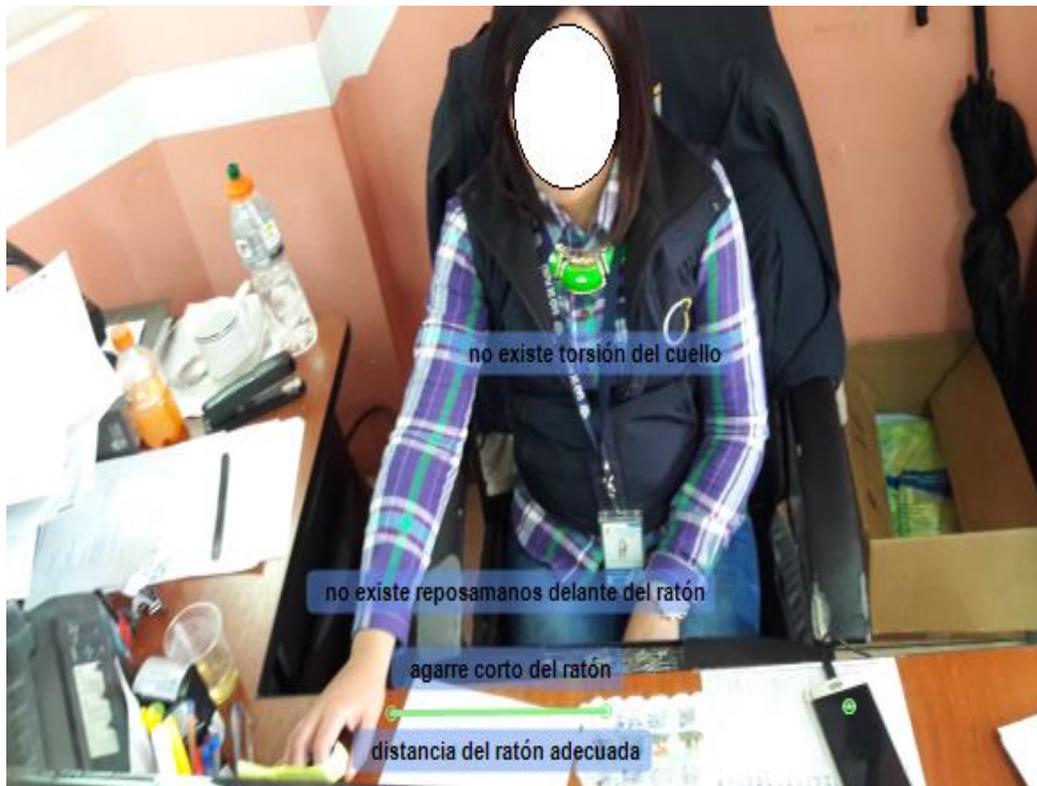
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Avalúos y catastros	<b>Ficha N°.</b> 24
	<b>Cargo:</b> Asistente de avalúos y catastros	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



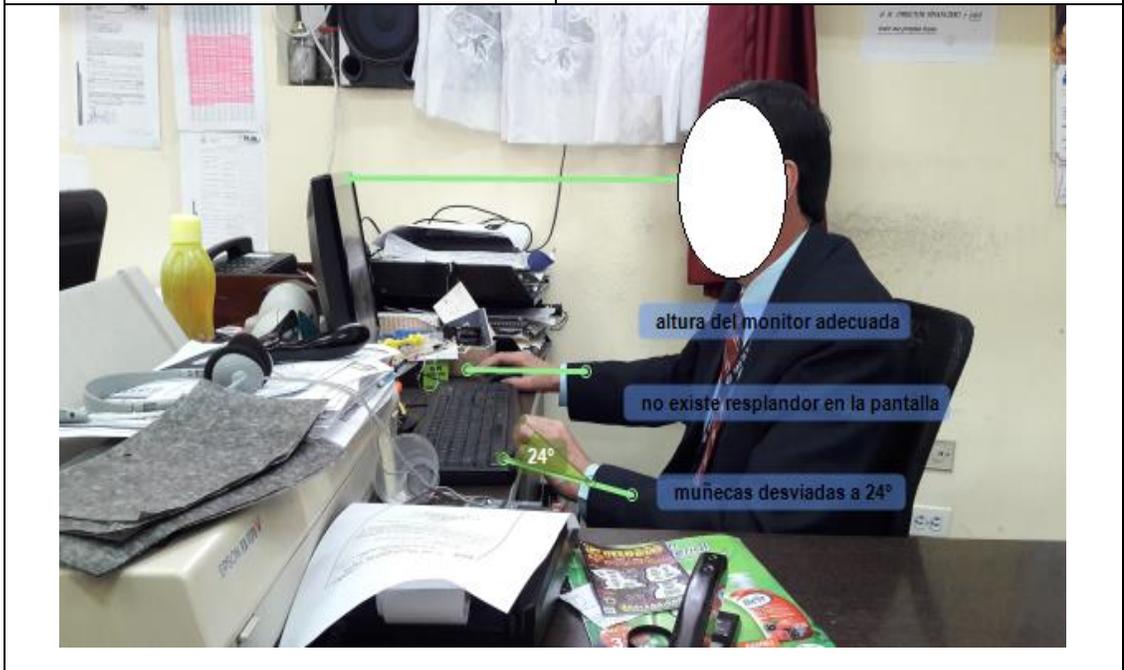
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Avalúos y catastros	<b>Ficha N°.</b> 24
	<b>Cargo:</b> Asistente de avalúos y catastros	<b>Hoja N°.</b> 03

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



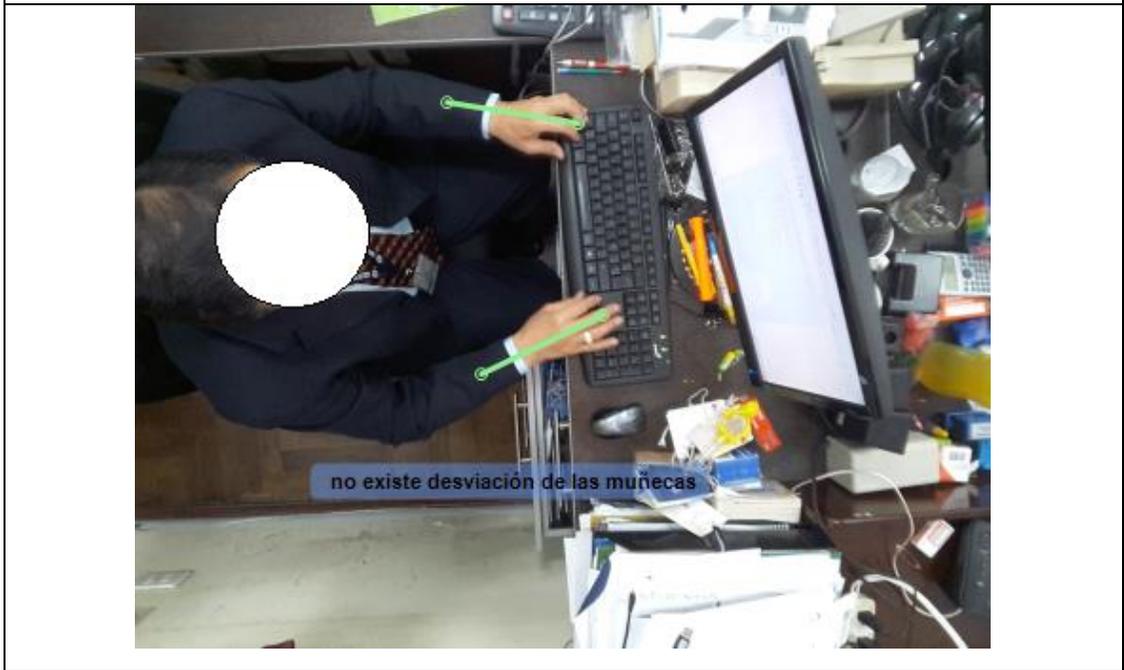
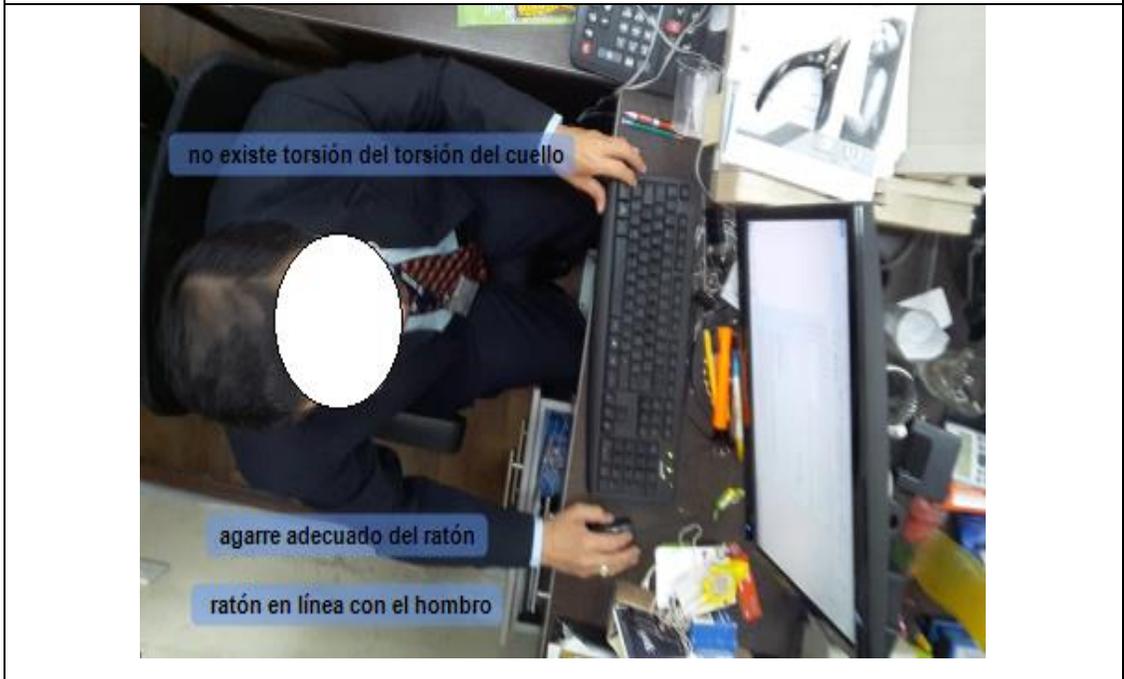
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 25
	<b>Cargo:</b> Asistente financiero	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



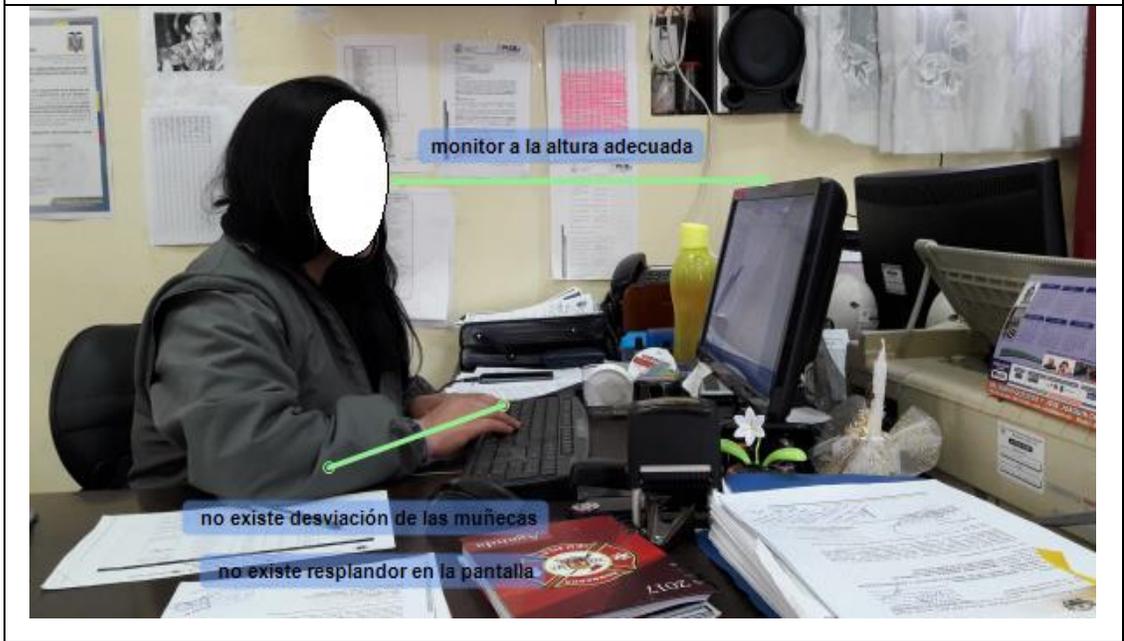
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 25
	<b>Cargo:</b> Asistente financiero	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



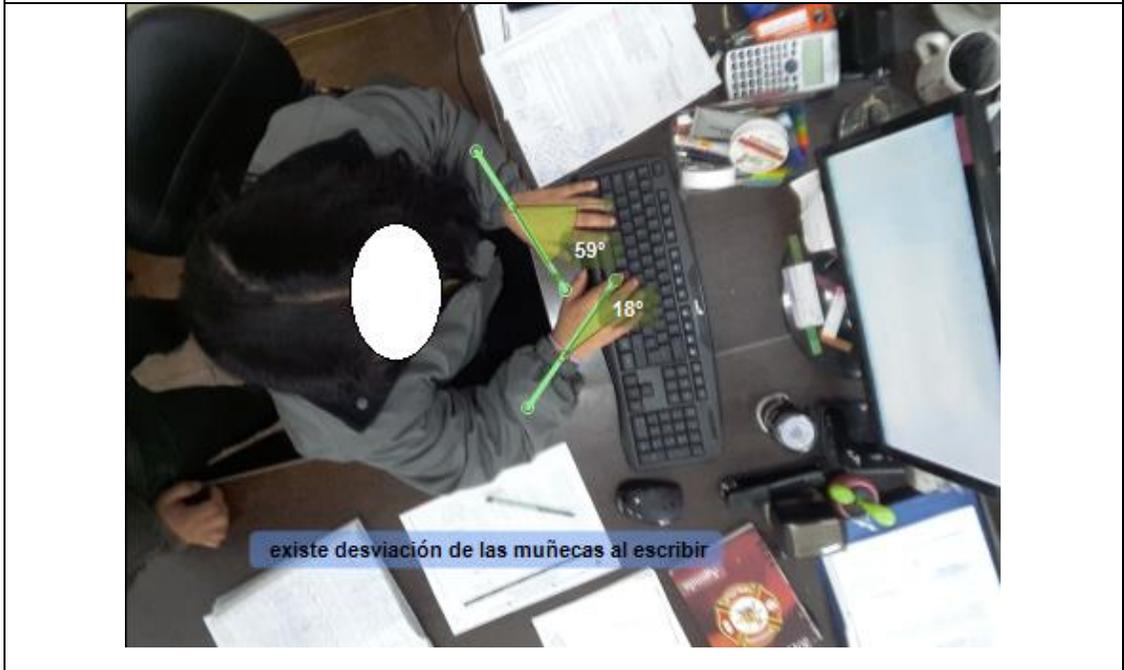
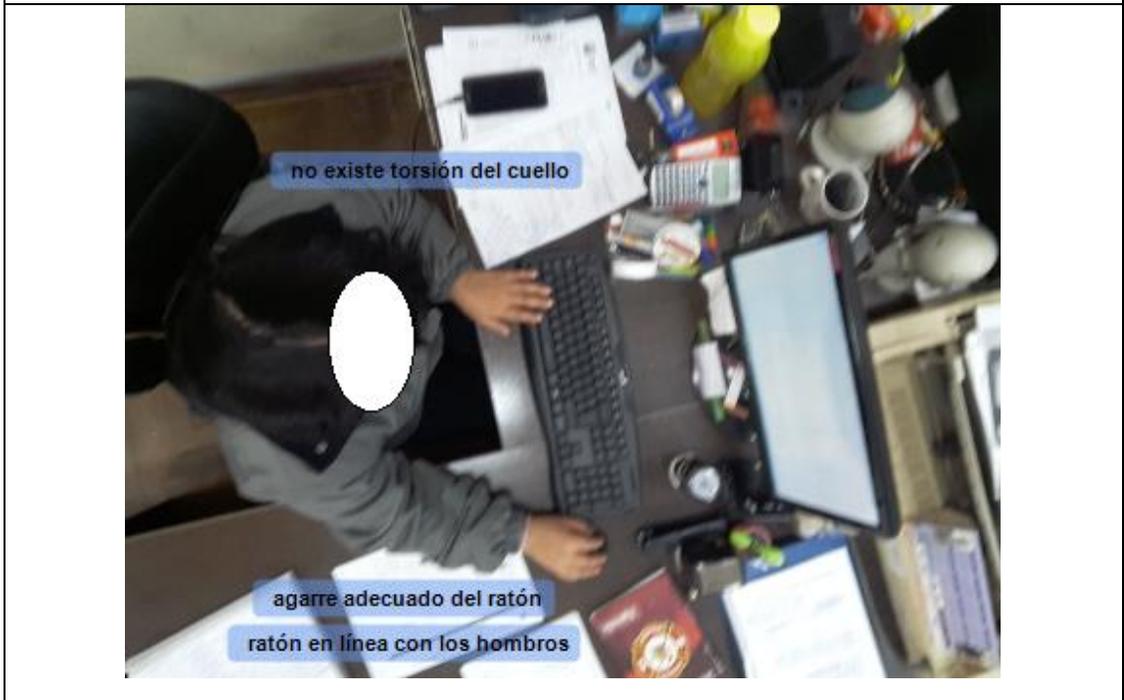
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 26
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



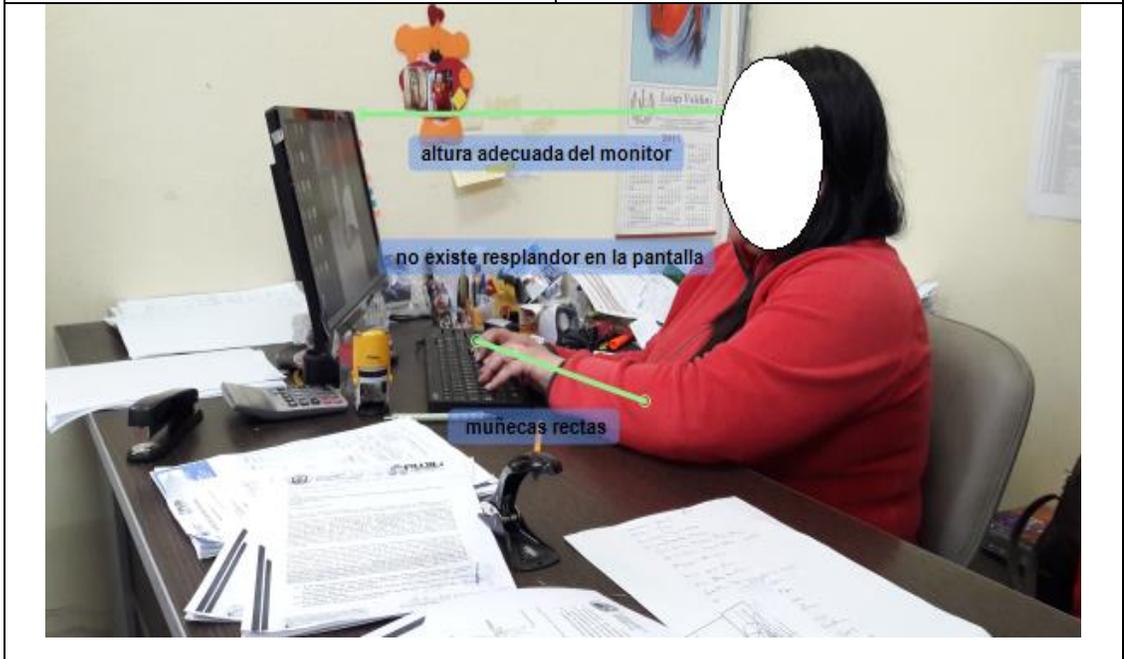
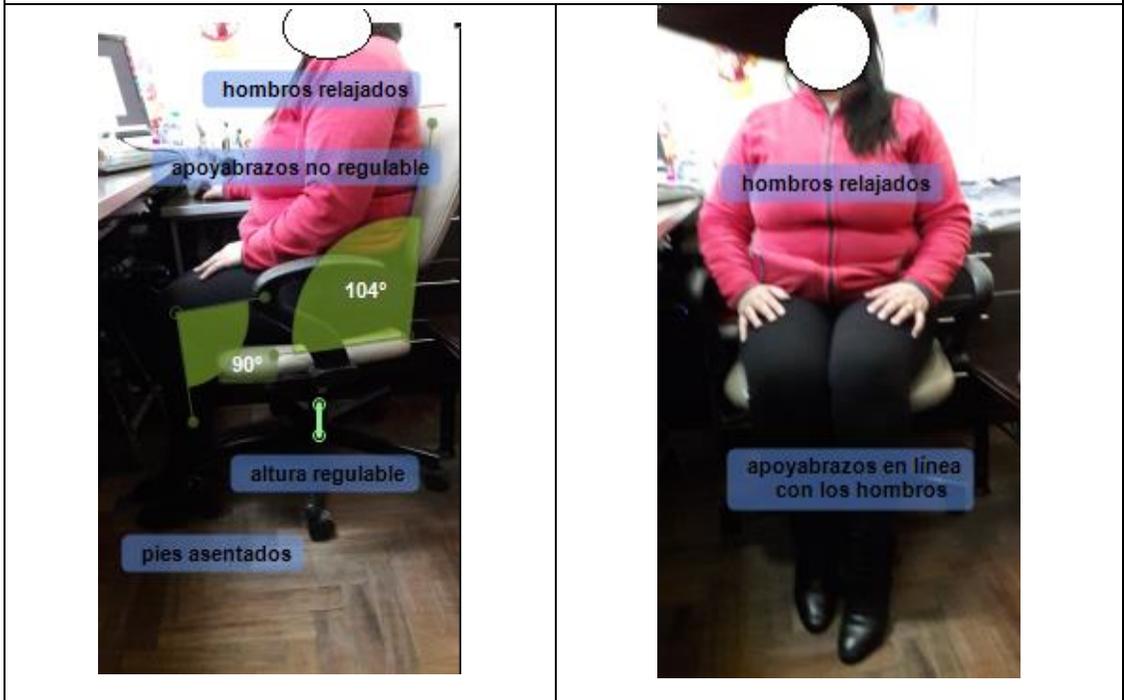
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 26
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



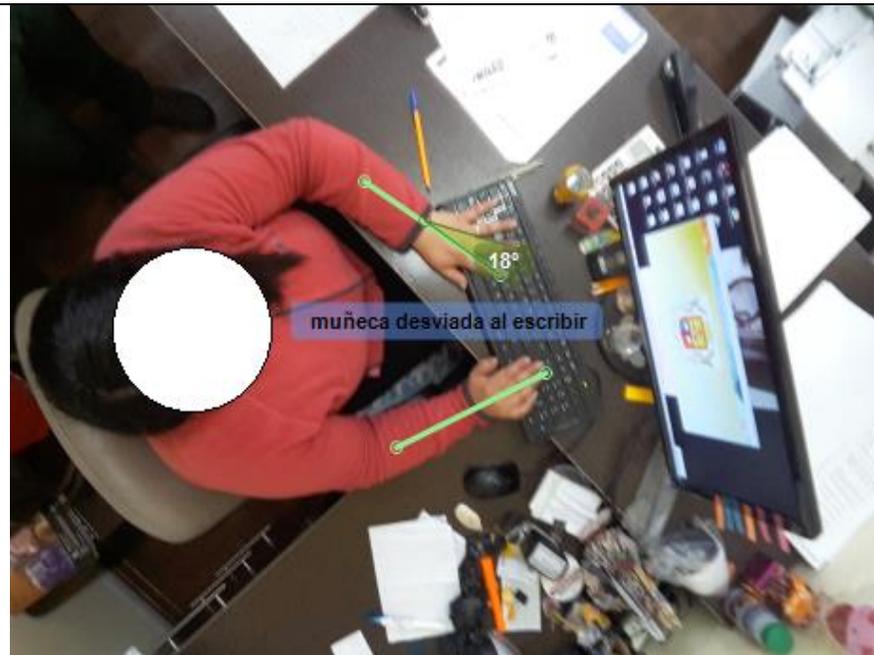
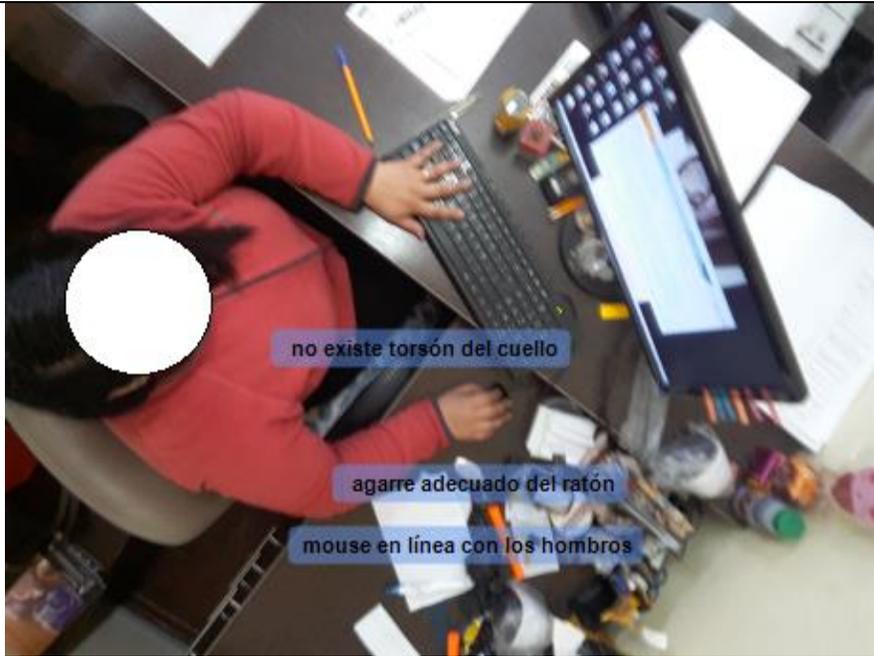
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 27
	<b>Cargo:</b> Analista senior de presupuesto	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 27
	<b>Cargo:</b> Analista senior de presupuesto	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 28
	<b>Cargo:</b> Contador	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**





**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ**

**Nombre:** -

**Elaborado por:** Lenin Caicedo

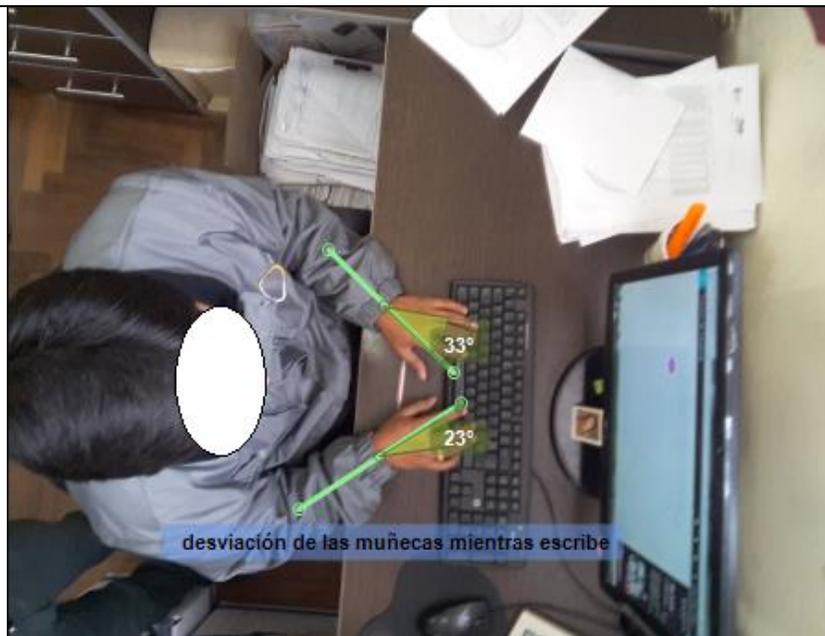
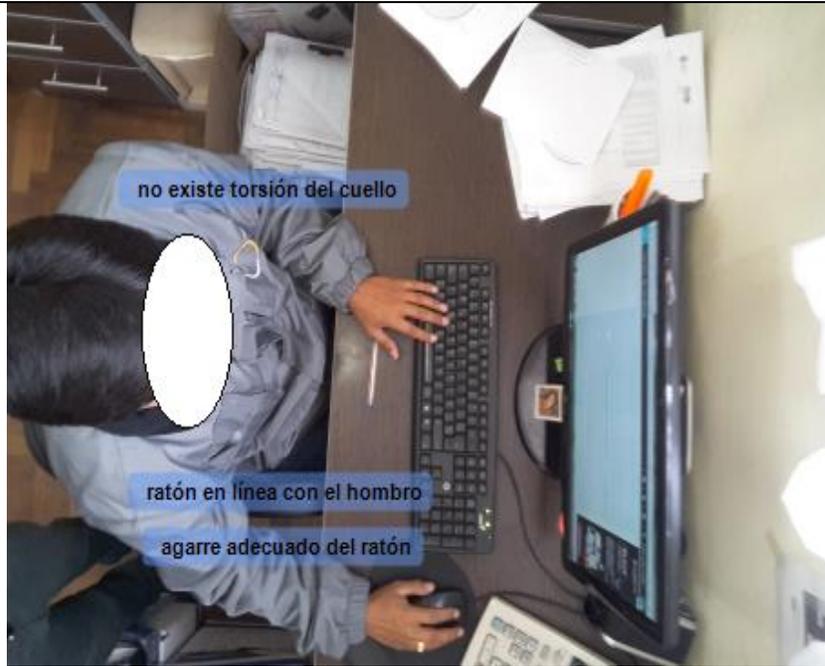
**Departamento:** Dirección Financiera

**Ficha N°.** 28

**Cargo:** Contador

**Hoja N°.** 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



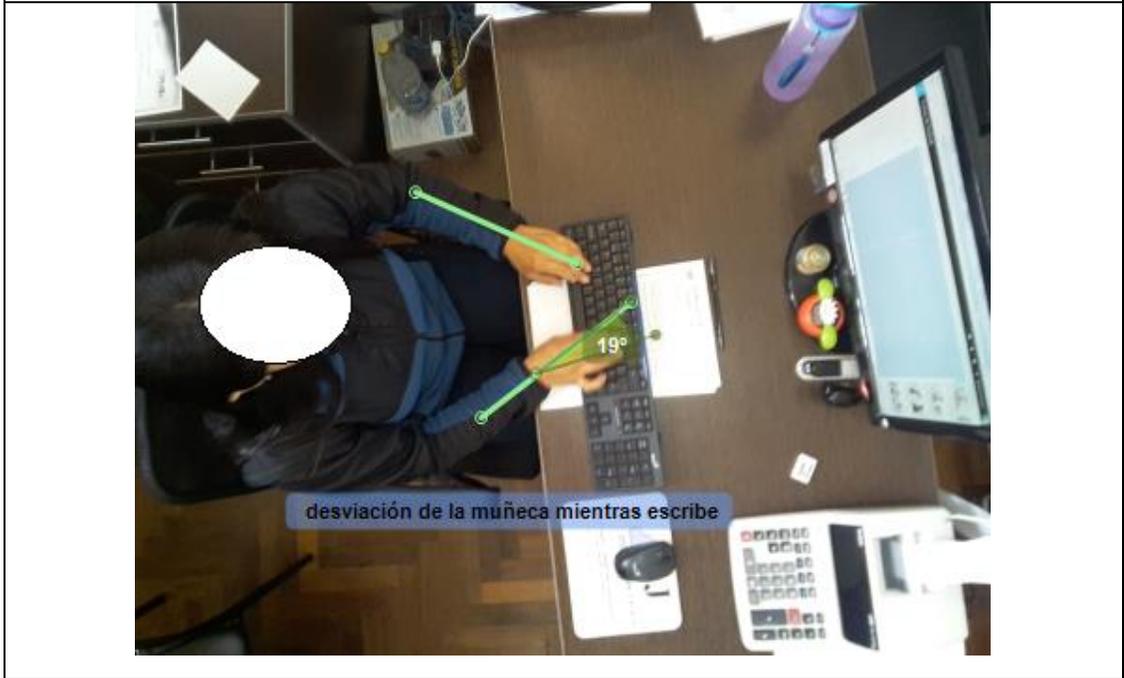
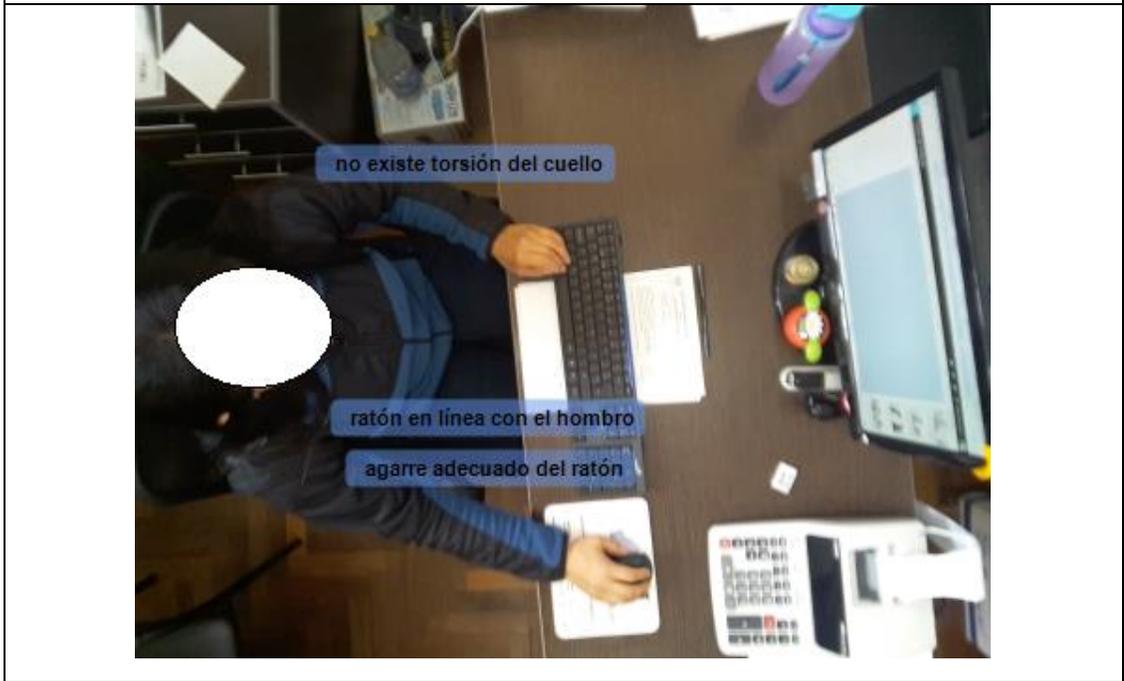
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 29
	<b>Cargo:</b> Líder de contabilidad	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 29
	<b>Cargo:</b> Líder de contabilidad	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**

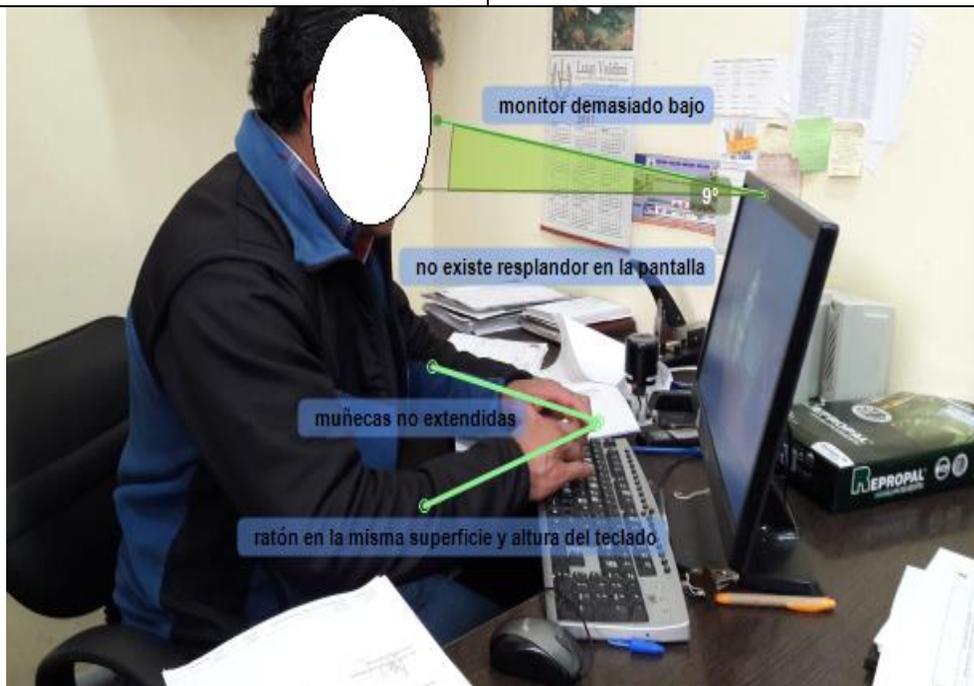




**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ**

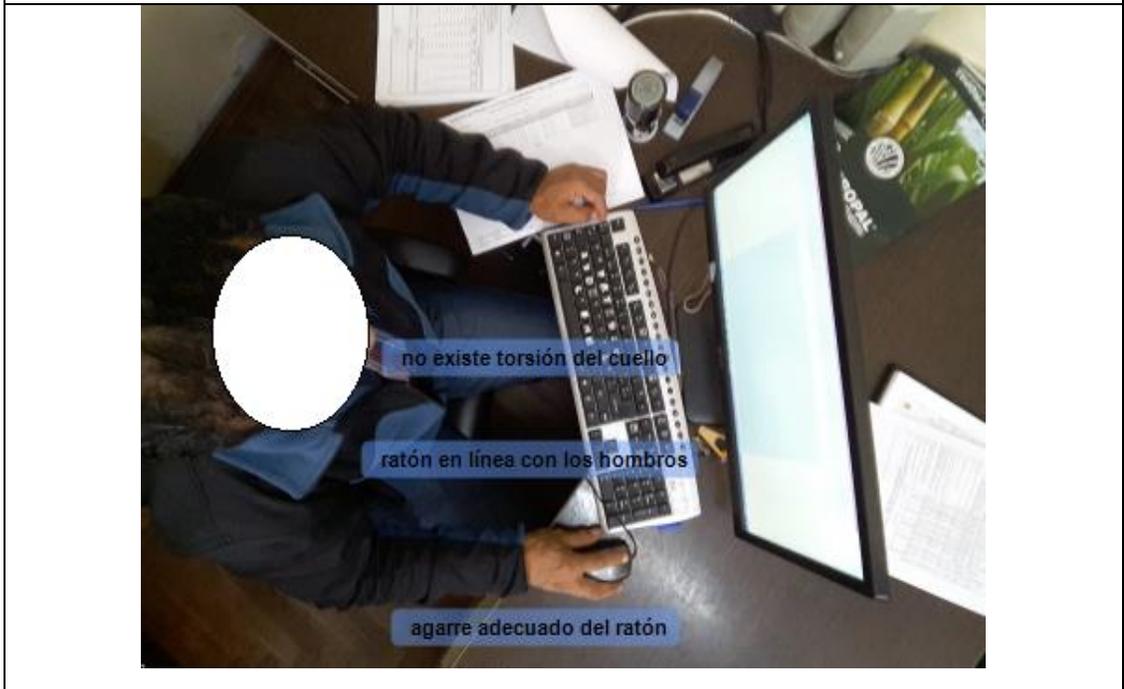
<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 30
<b>Cargo:</b> Asistente de tesorería	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



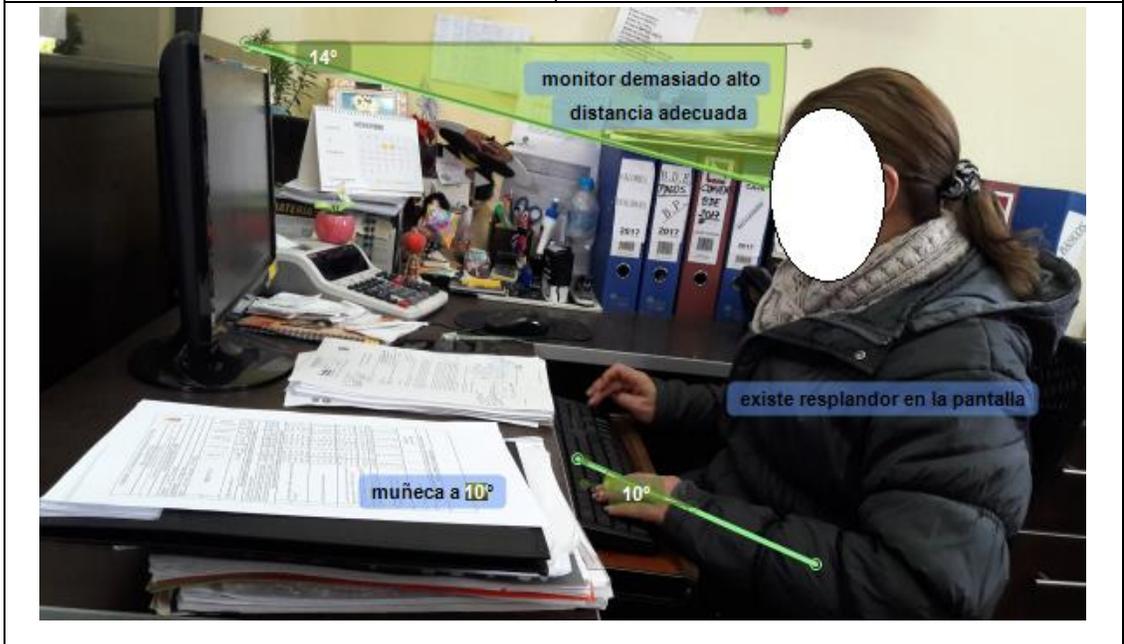
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 30
	<b>Cargo:</b> Asistente de tesorería	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 31
	<b>Cargo:</b> Analista junior contable	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 31
	<b>Cargo:</b> Analista junior contable	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**

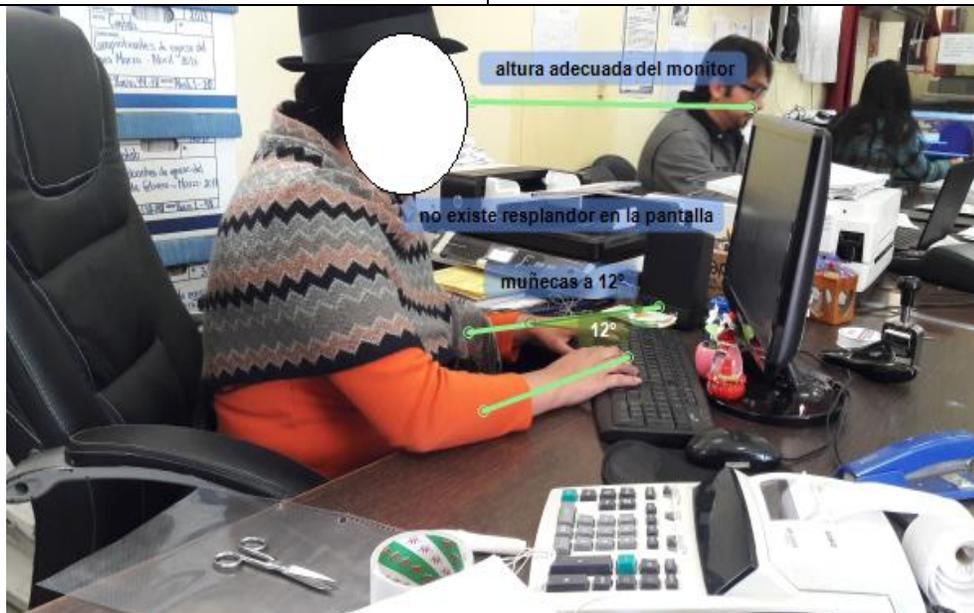




**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ**

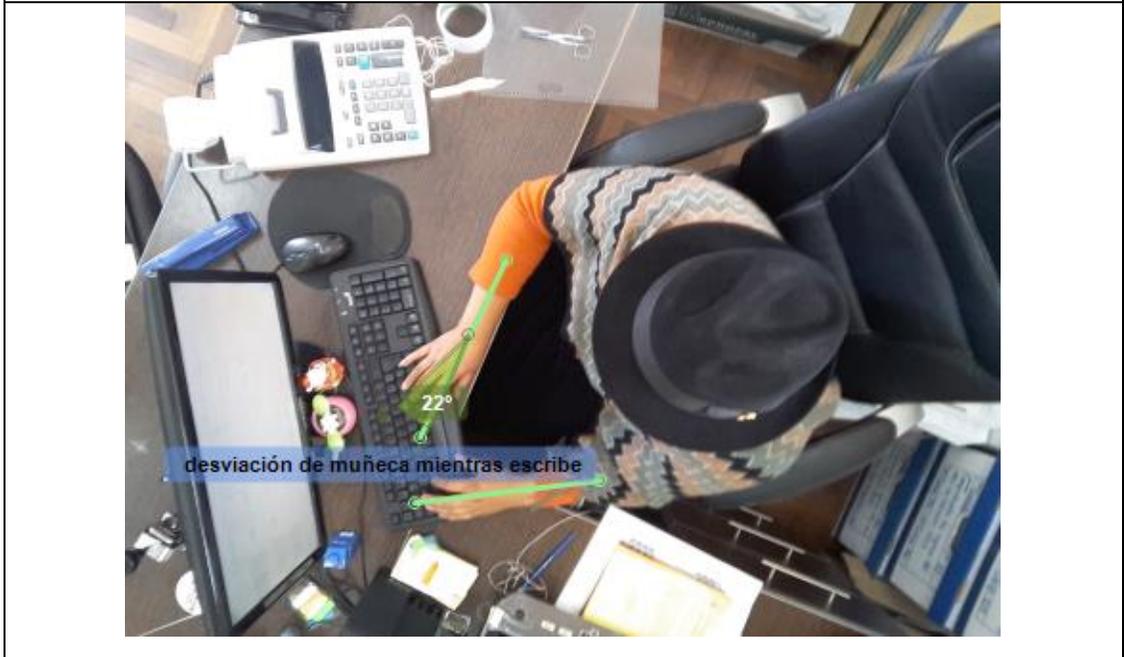
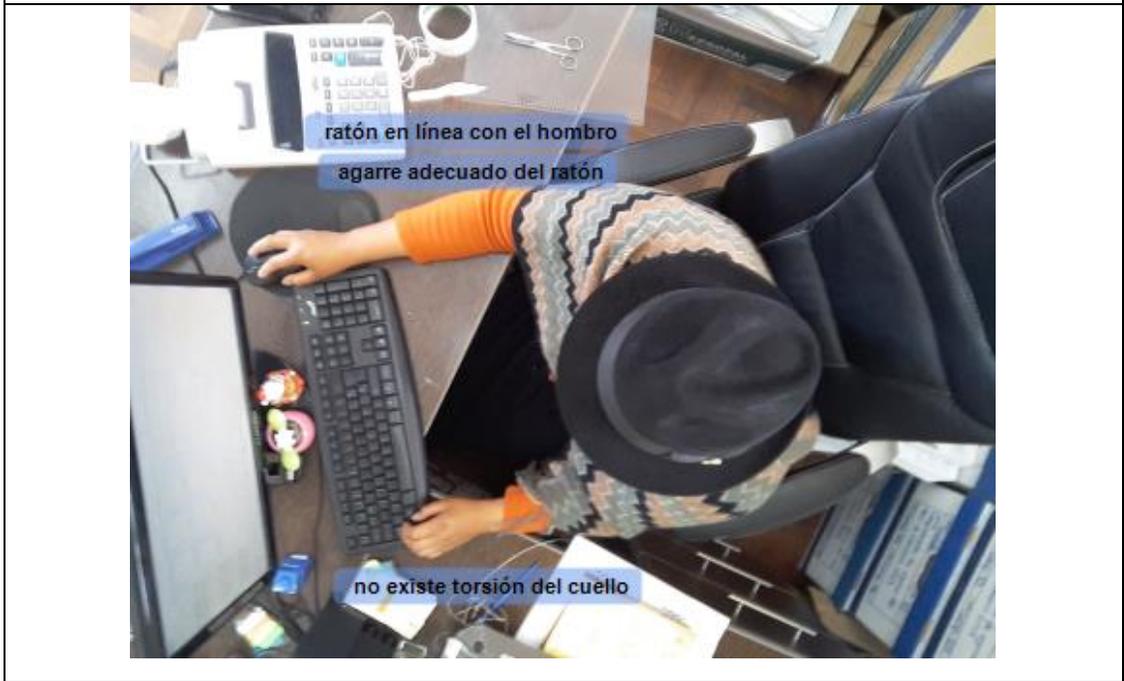
<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 32
<b>Cargo:</b> Auxiliar contable	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



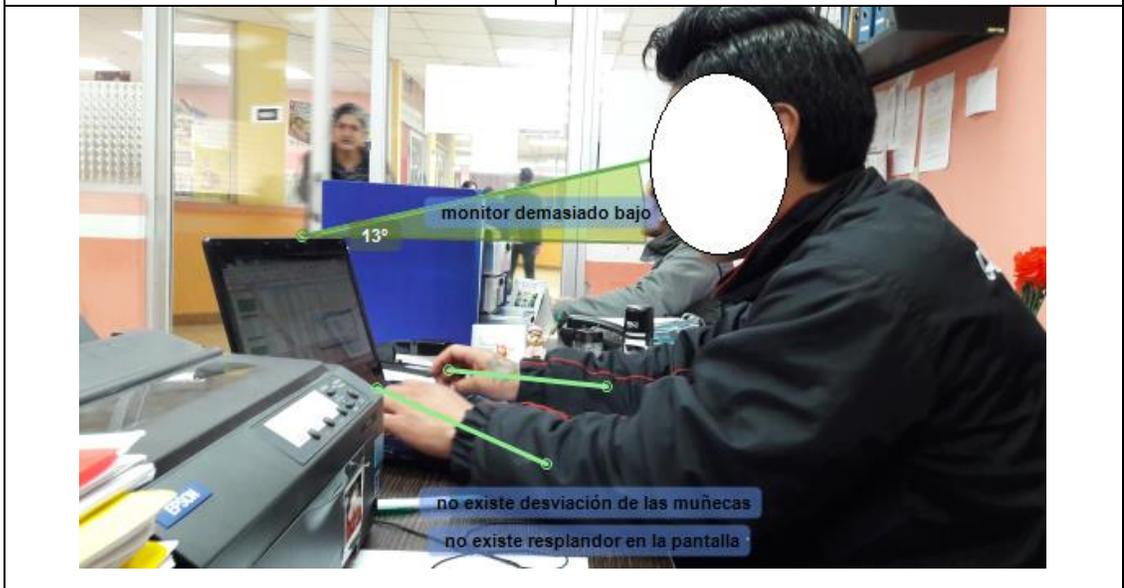
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección Financiera	<b>Ficha N°.</b> 32
	<b>Cargo:</b> Auxiliar contable	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



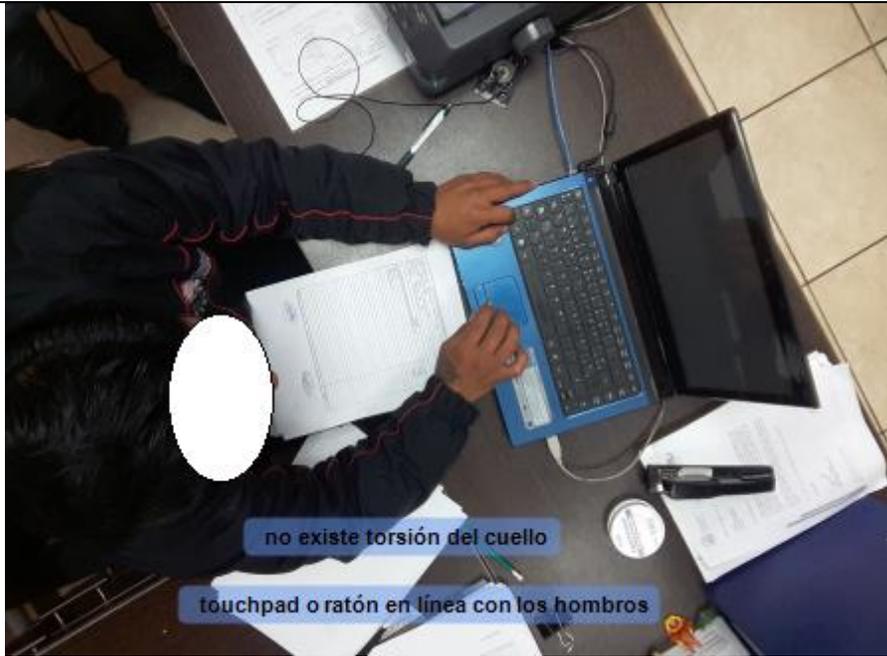
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección financiera - Rentas	<b>Ficha N°.</b> 33
	<b>Cargo:</b> Asistente de rentas	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



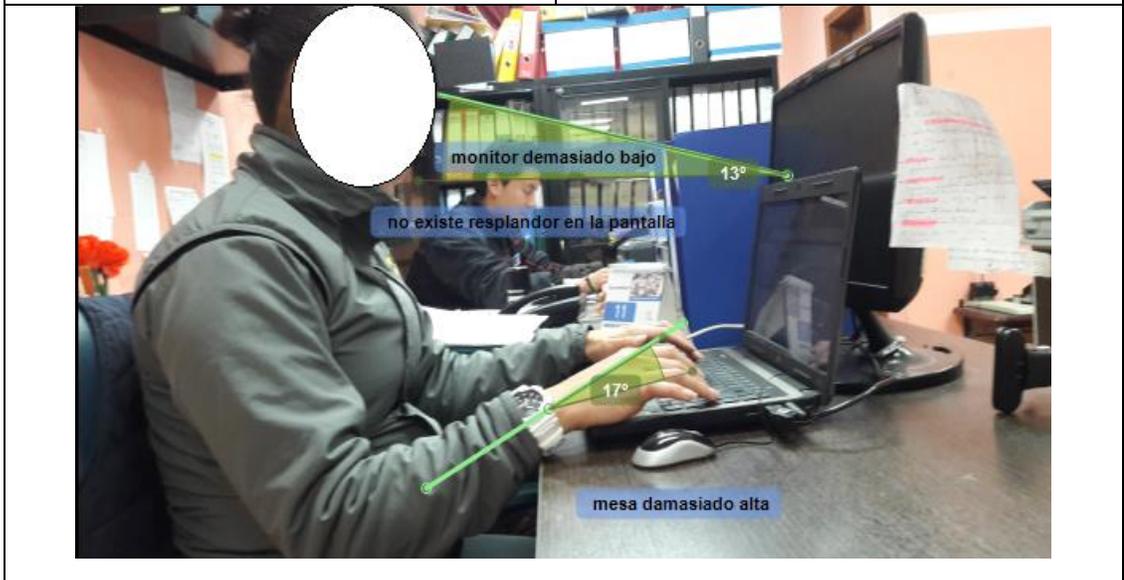
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección financiera - Rentas	<b>Ficha N°.</b> 33
	<b>Cargo:</b> Asistente de rentas	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



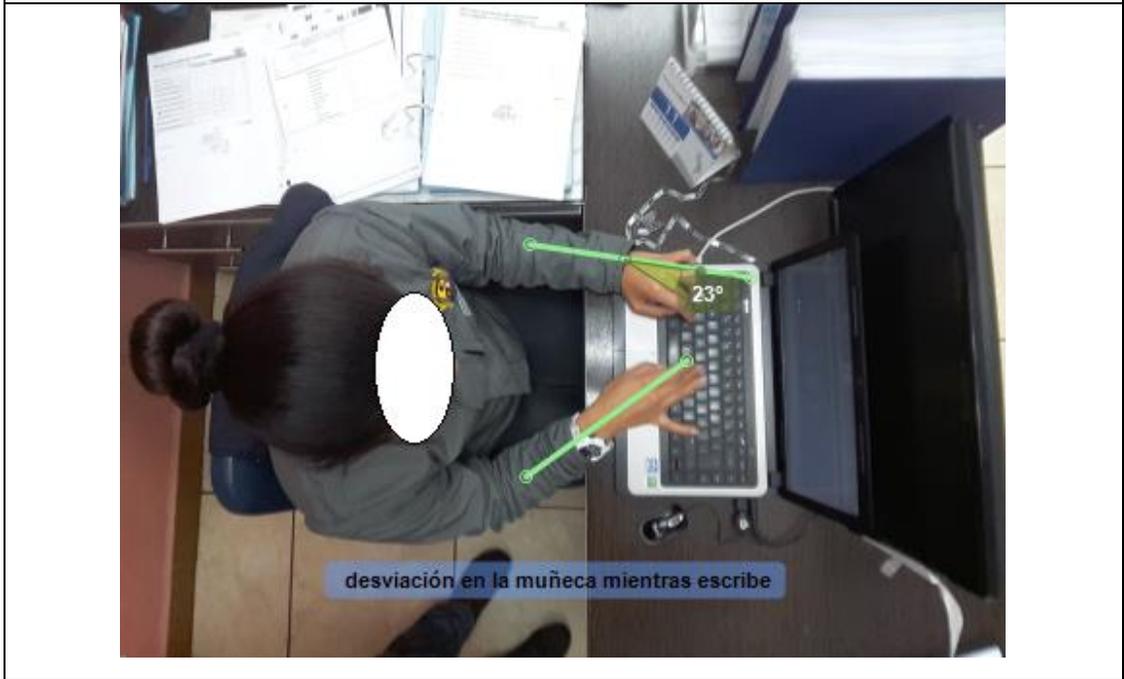
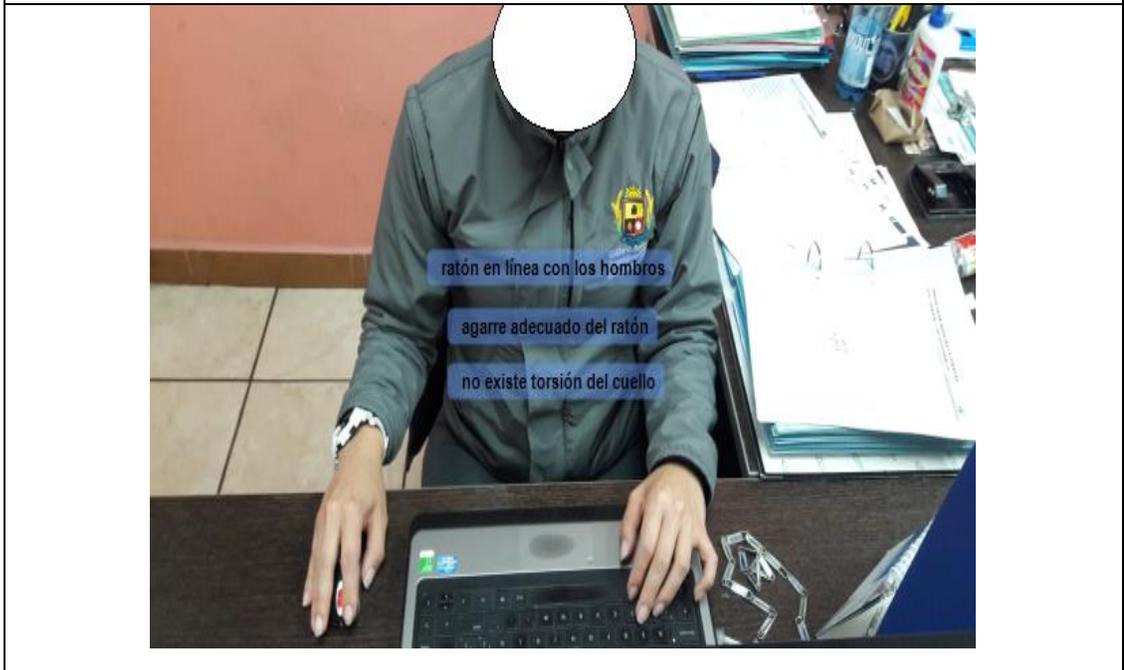
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección financiera - Rentas	<b>Ficha N°.</b> 34
	<b>Cargo:</b> Asistente de rentas	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



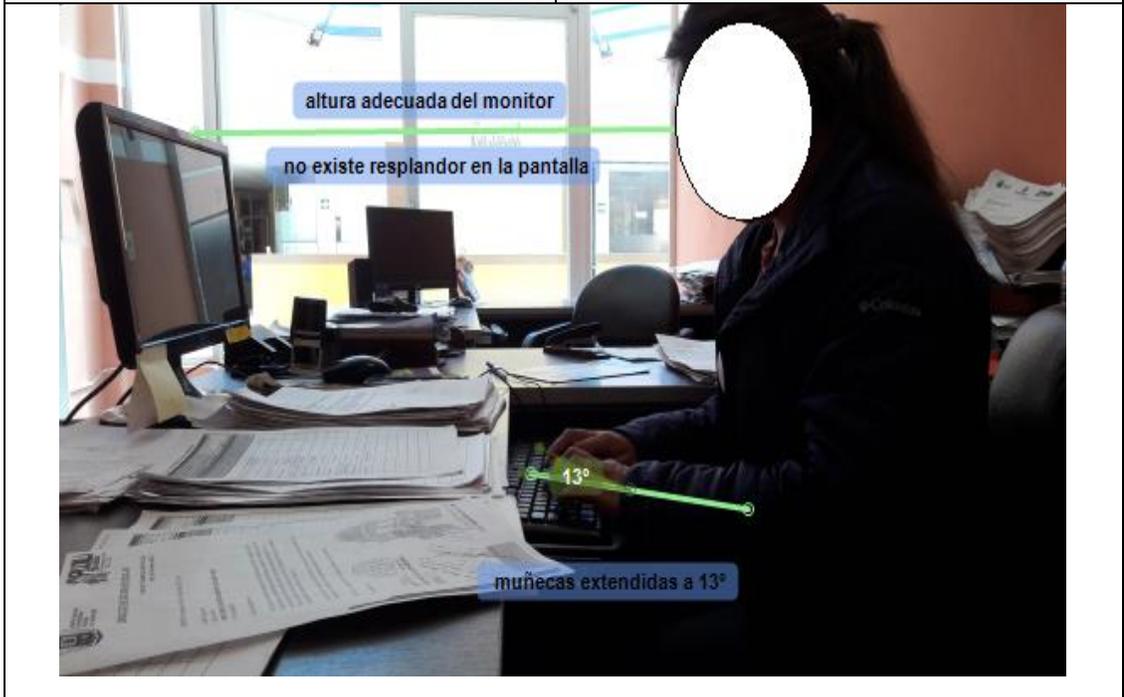
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección financiera - Rentas	<b>Ficha N°.</b> 34
	<b>Cargo:</b> Asistente de rentas	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



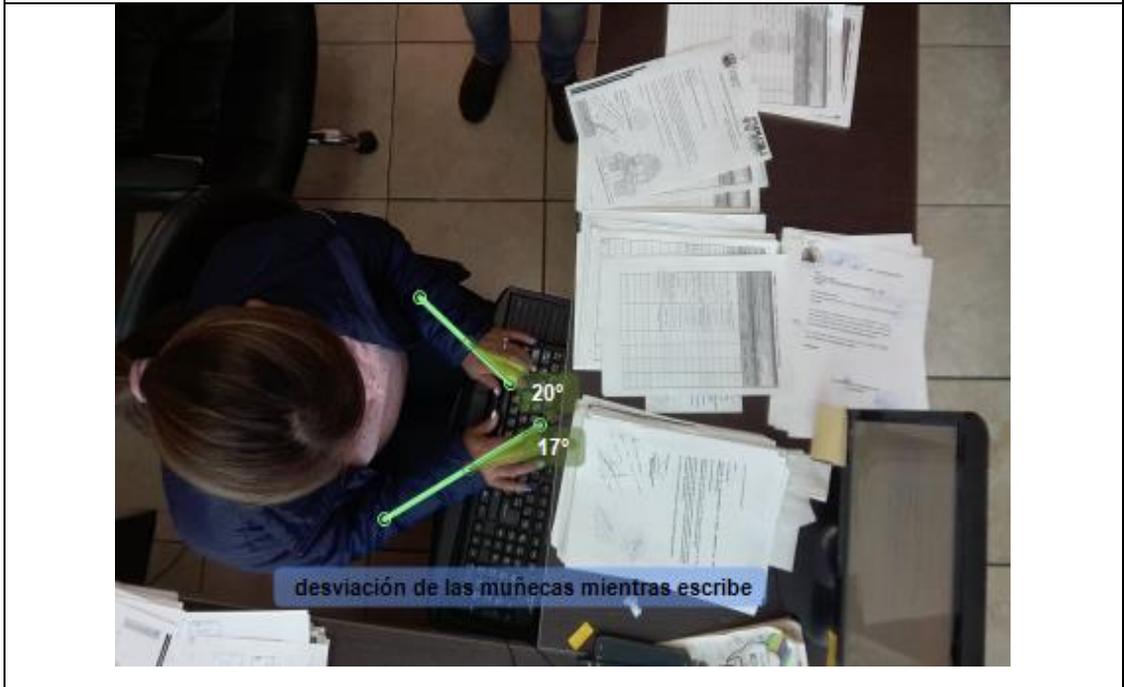
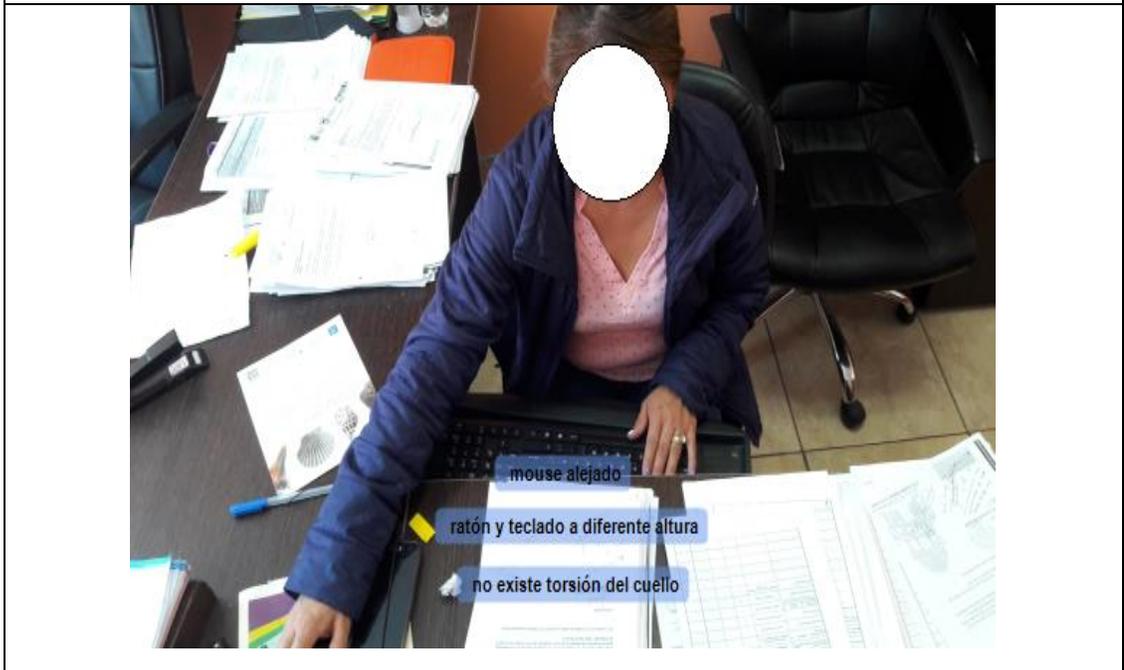
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección ambiental	<b>Ficha N°.</b> 35
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



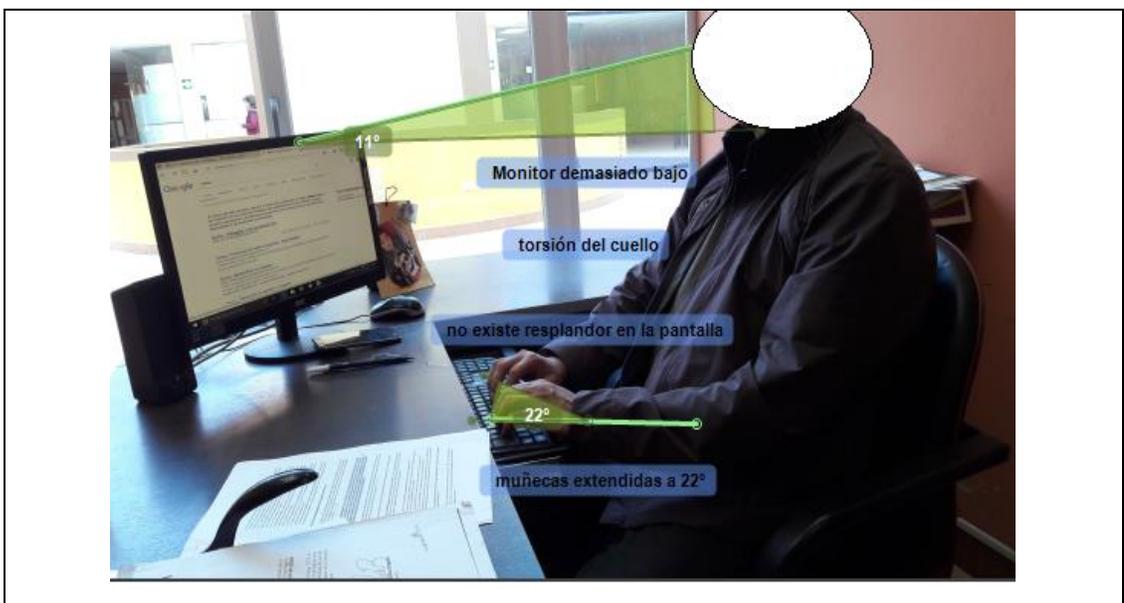
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección ambiental	<b>Ficha N°.</b> 35
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



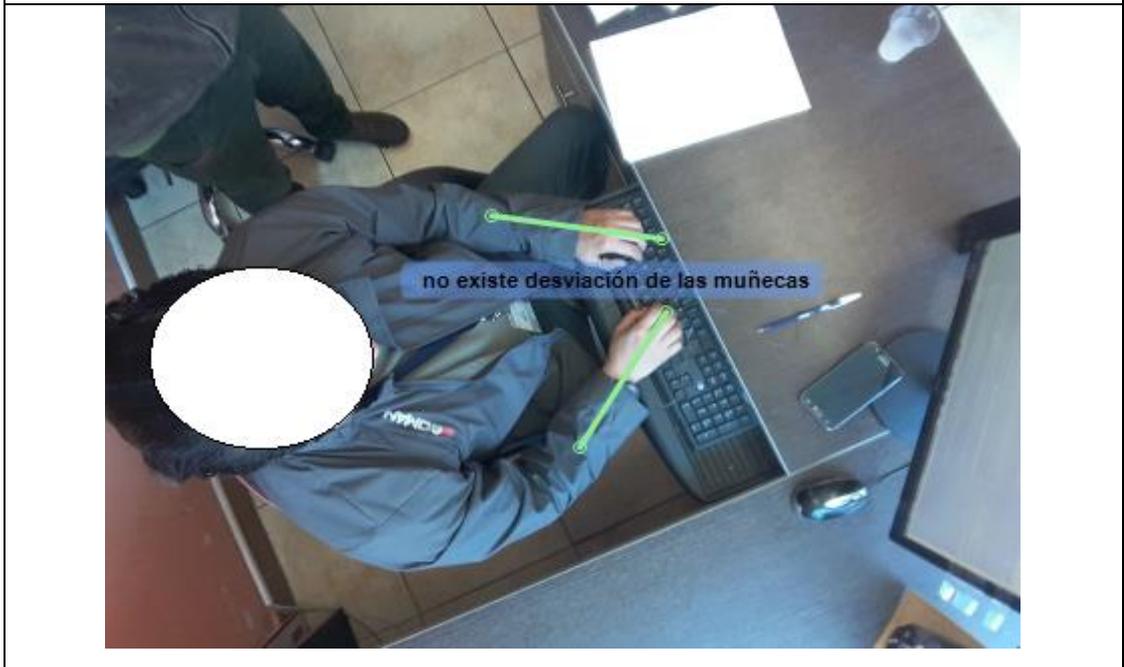
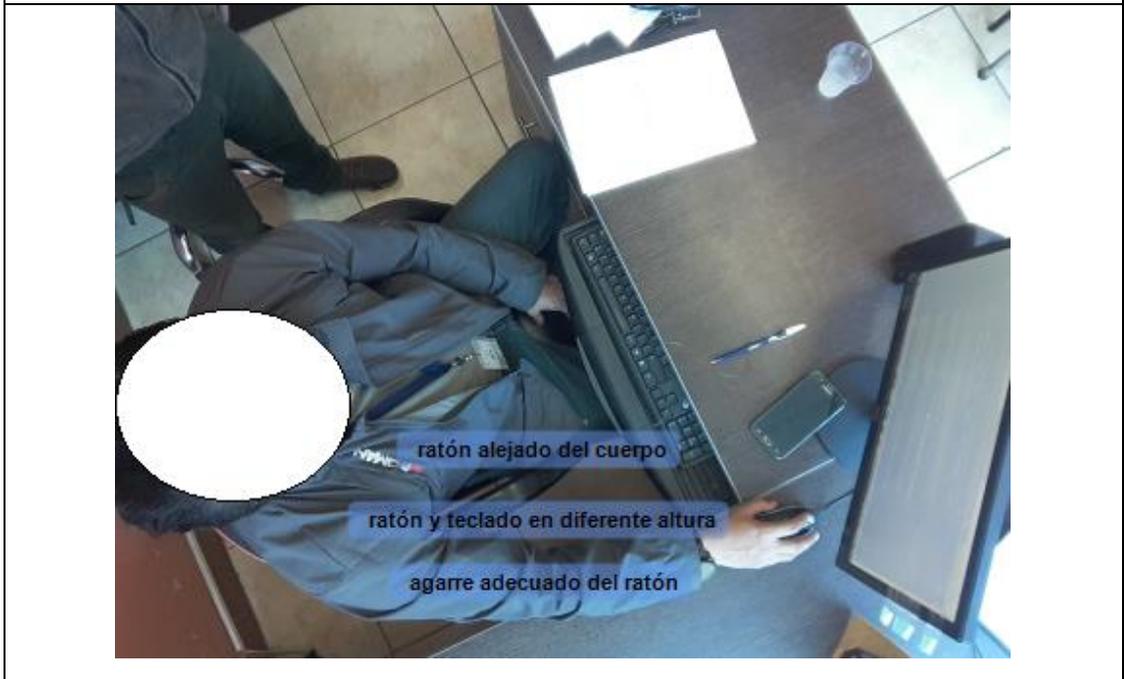
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección ambiental	<b>Ficha N°.</b> 36
	<b>Cargo:</b> Veterinario	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



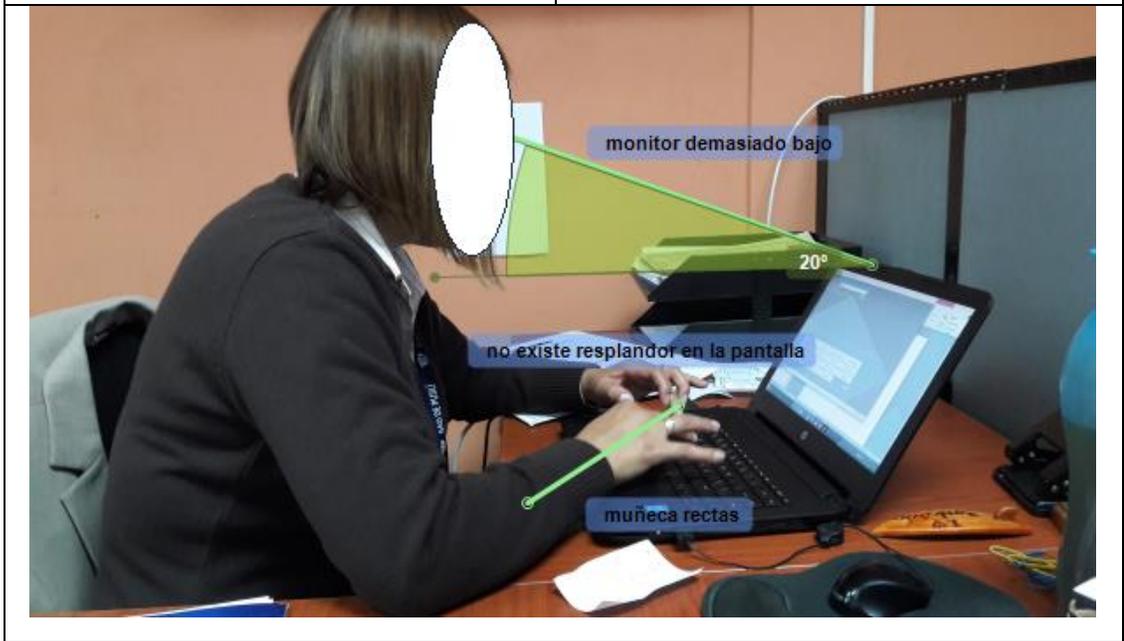
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Dirección ambiental	<b>Ficha N°.</b> 36
	<b>Cargo:</b> Veterinario	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



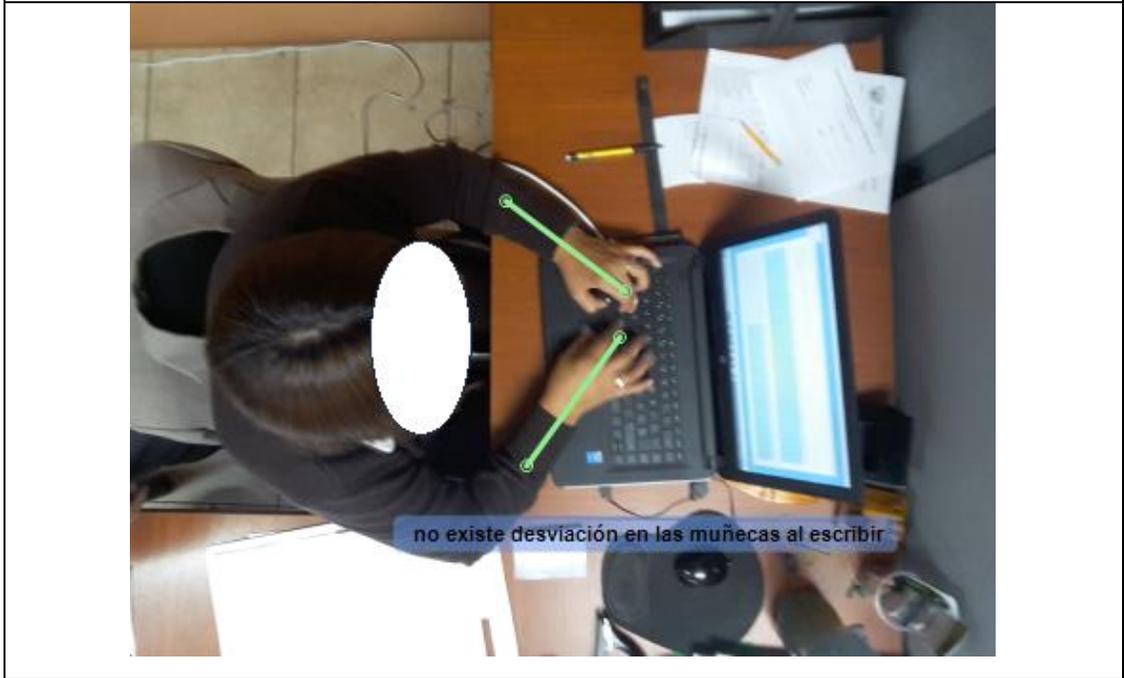
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 37
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



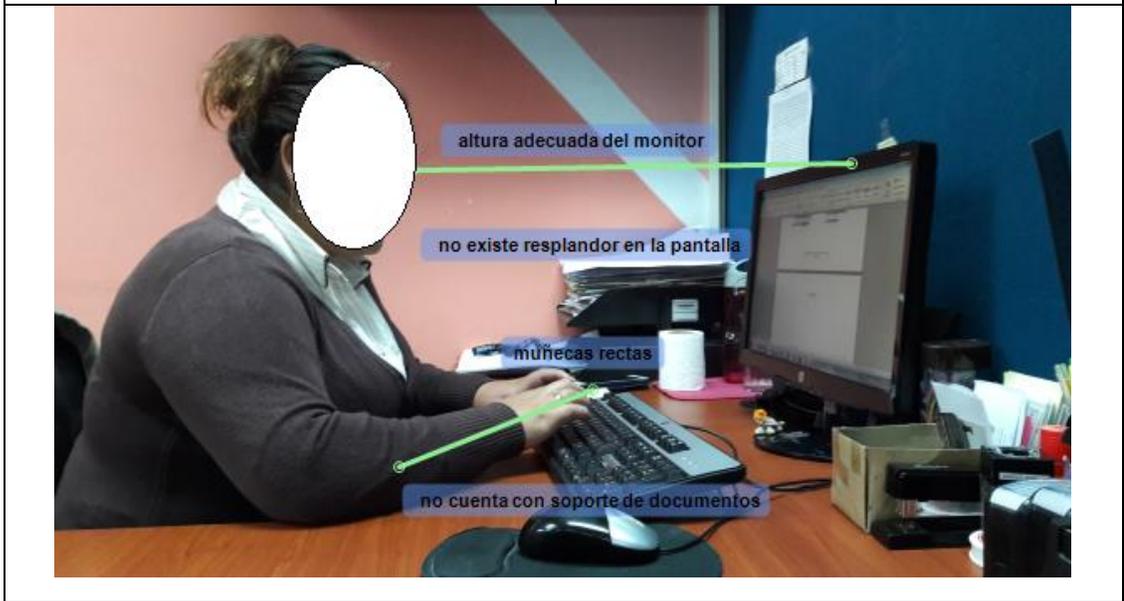
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 37
	<b>Cargo:</b> Asistente administrativa	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



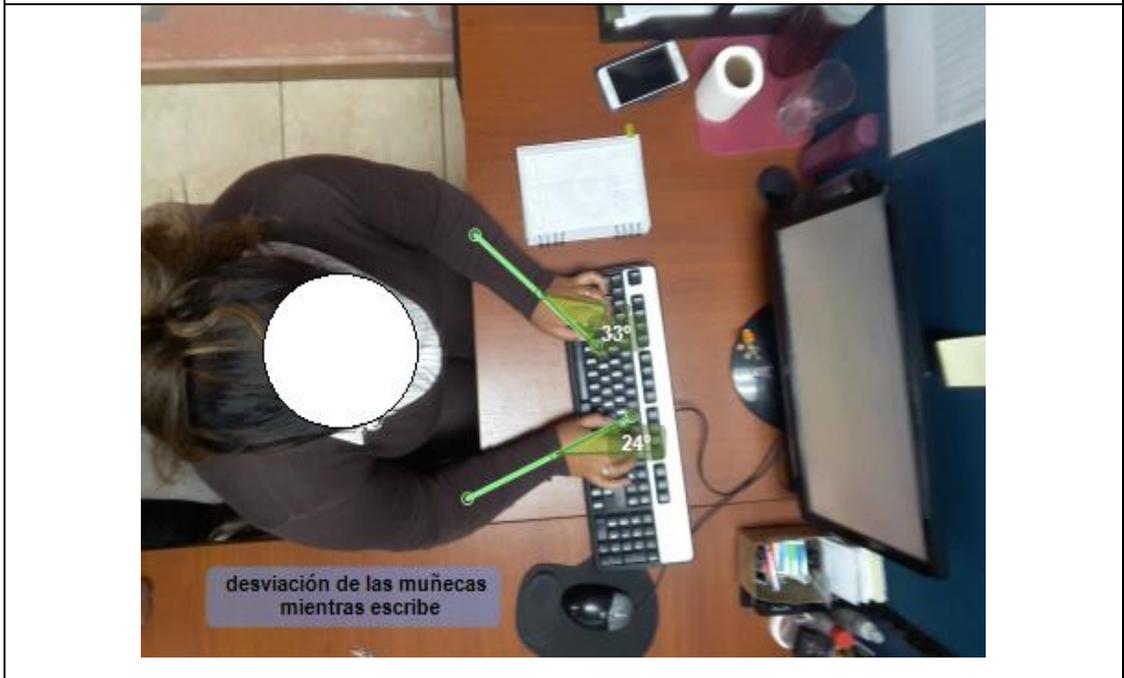
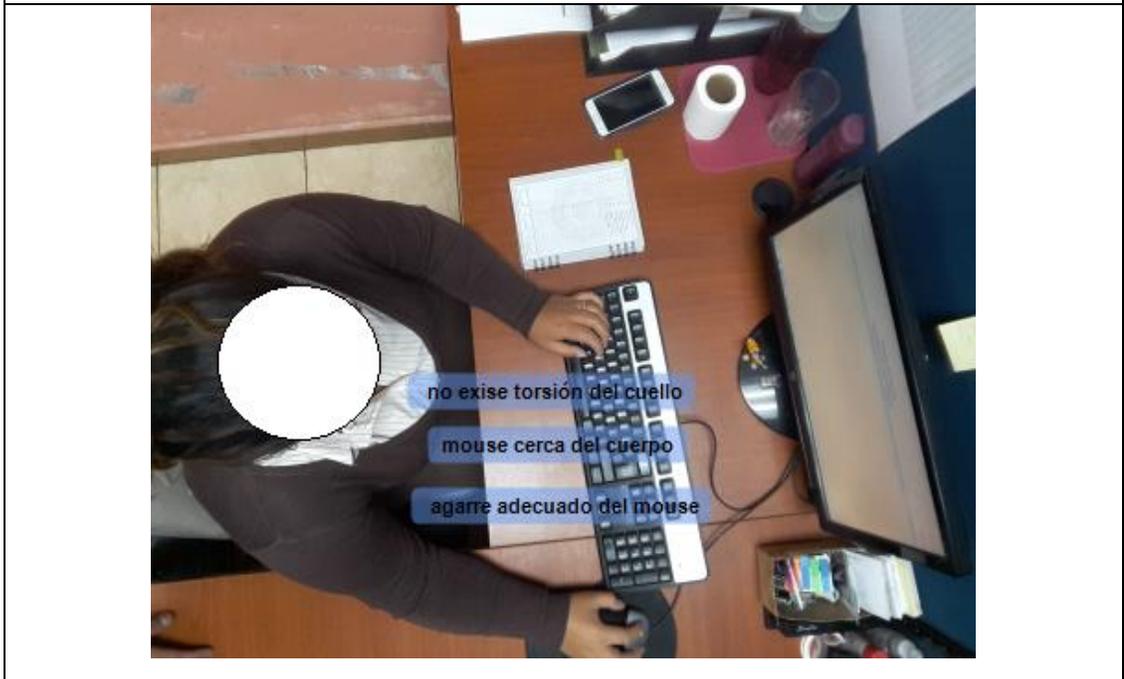
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 38
	<b>Cargo:</b> Oficial de cumplimiento	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



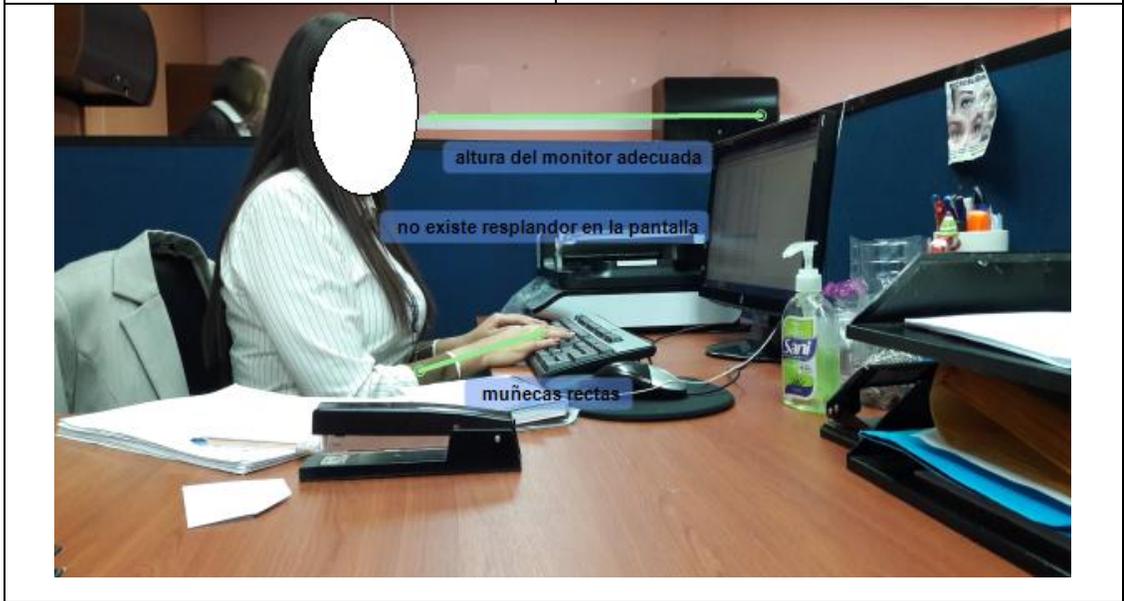
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 38
	<b>Cargo:</b> Oficial de cumplimiento	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



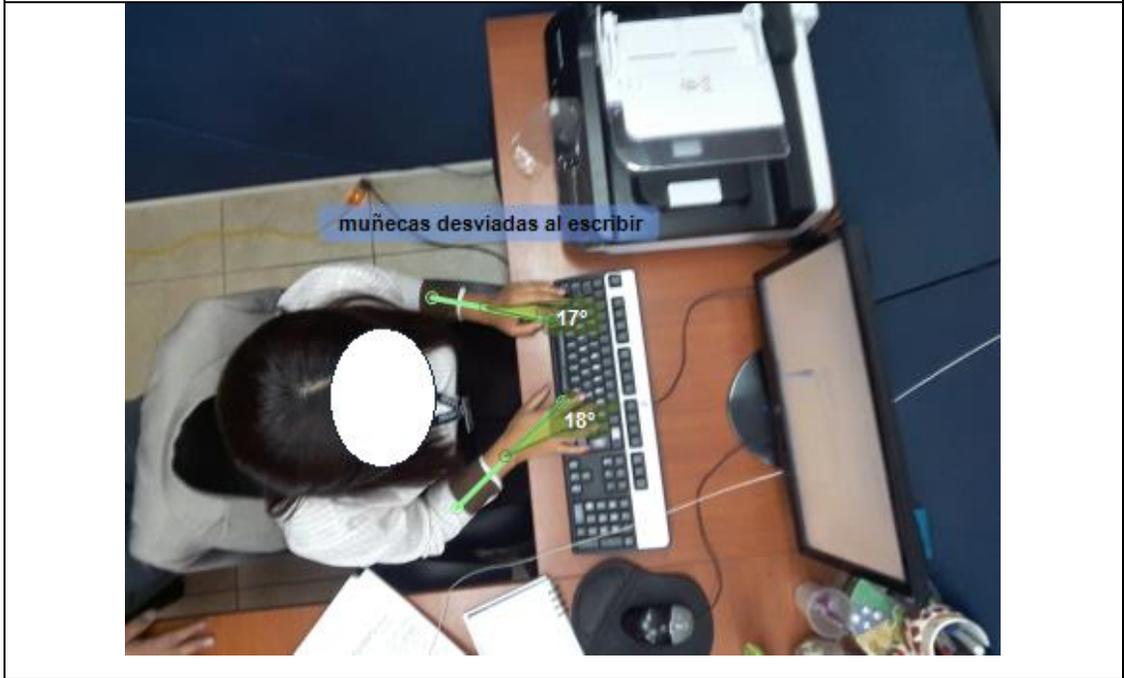
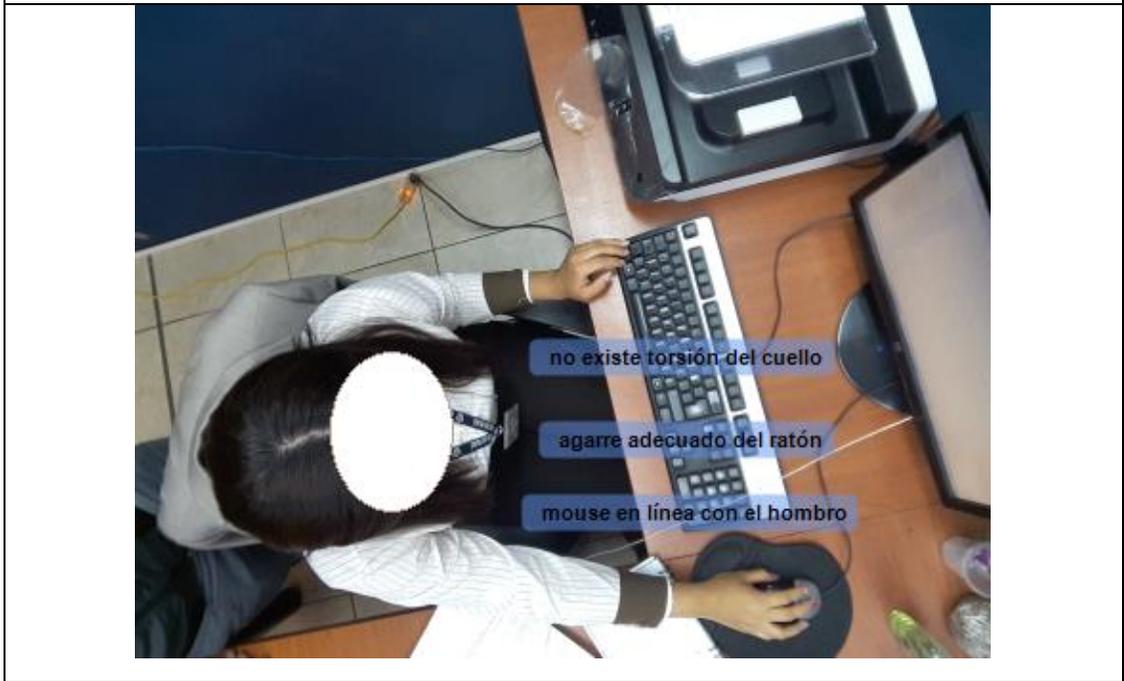
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 39
	<b>Cargo:</b> Digitadora	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 39
	<b>Cargo:</b> Digitadora	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 40
	<b>Cargo:</b> Analista junior	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**

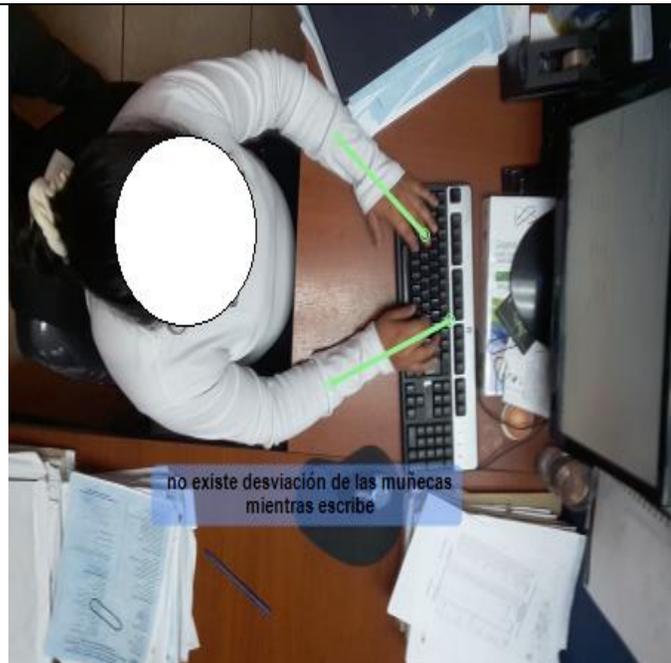
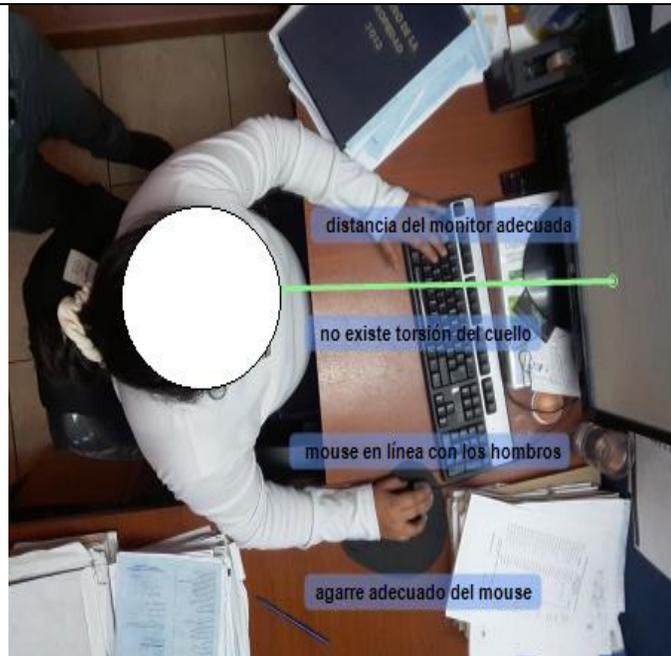




**G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ**

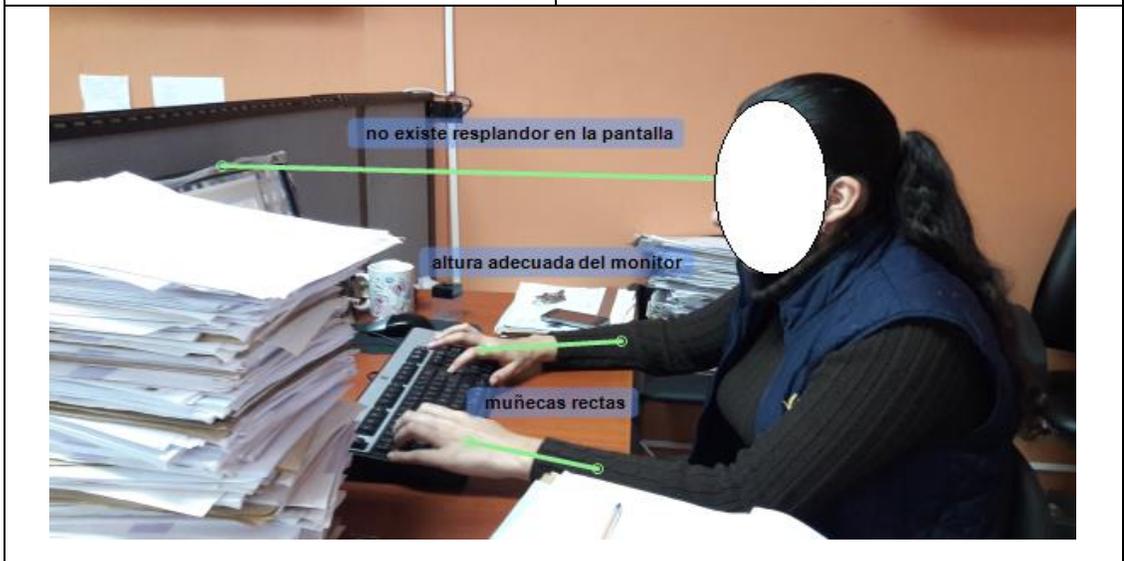
<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 40
<b>Cargo:</b> Analista junior	<b>Hoja N°.</b> 02

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**



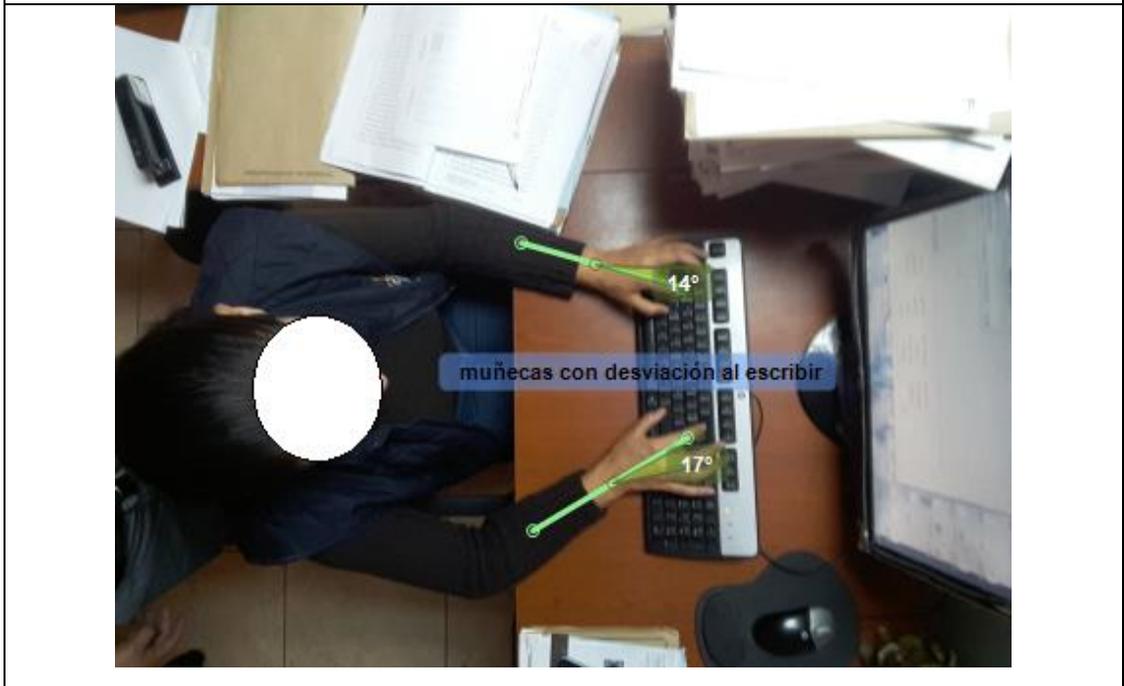
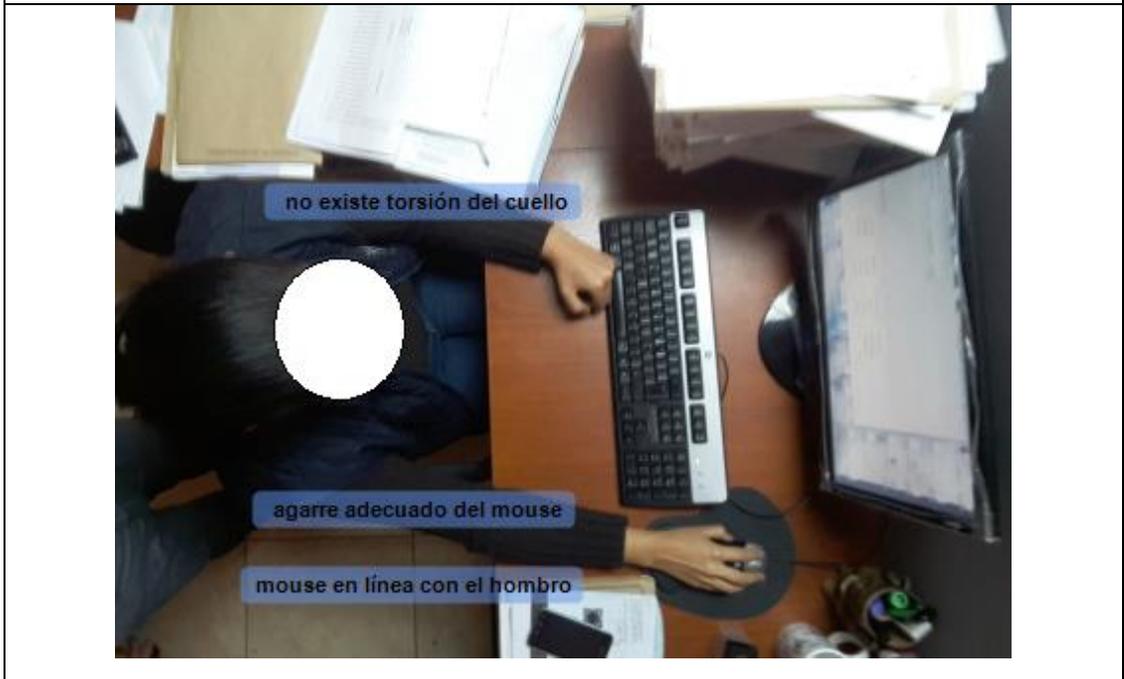
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 41
	<b>Cargo:</b> Analista junior	<b>Hoja N°.</b> 01

**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**

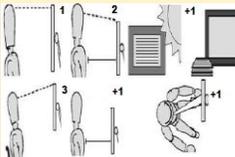
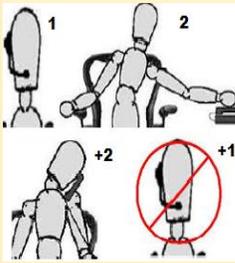
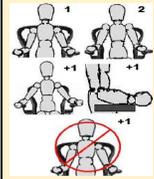
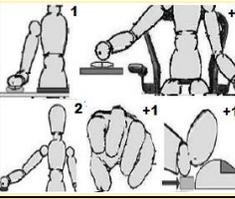
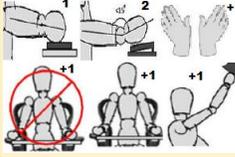


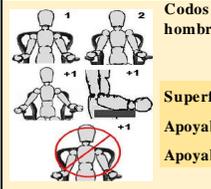
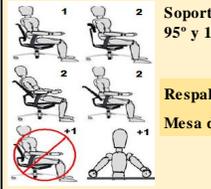
	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	<b>Elaborado por:</b> Lenin Caicedo
	<b>Departamento:</b> Registro de la propiedad	<b>Ficha N°.</b> 41
	<b>Cargo:</b> Analista junior	<b>Hoja N°.</b> 02

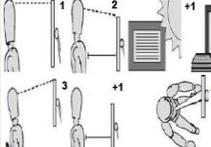
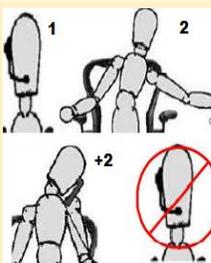
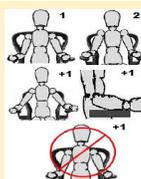
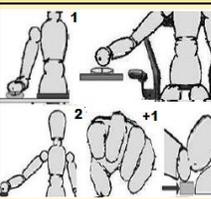
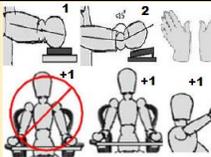
**Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas**

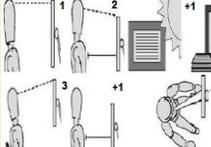
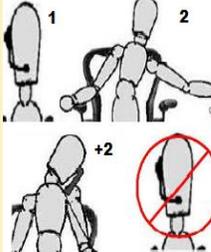
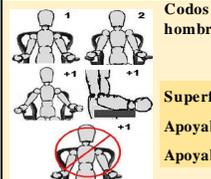
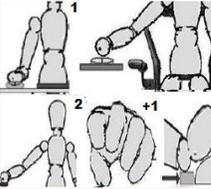
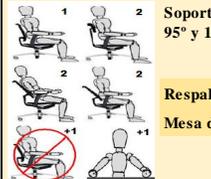
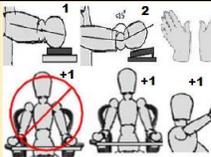


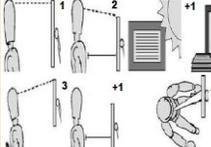
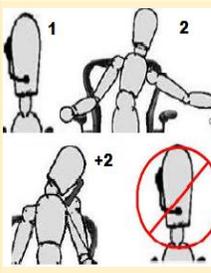
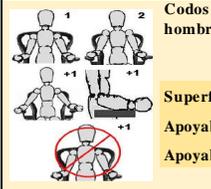
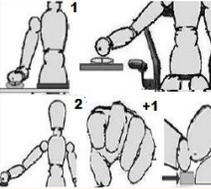
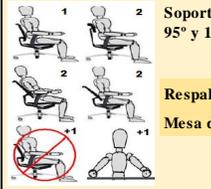
Anexo 04 Hoja de campo para la valoración con método ROSA

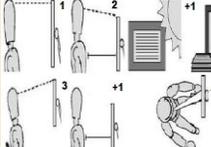
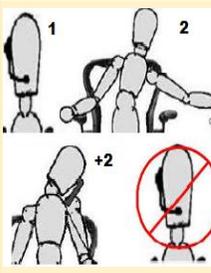
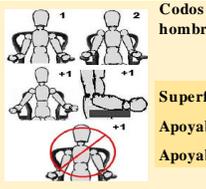
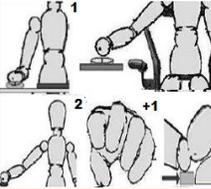
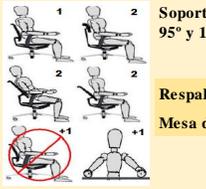
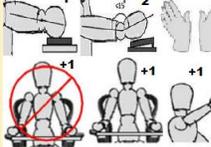
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Desarrollo social		Ficha N°. 01						
Cargo: Directora de desarrollo social		Hoja N°. 01						
<b>Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas</b>								
<b>ALTURA SILLA</b>		<b>MONITOR</b>						
 <p>Sin contacto de los pies con el suelo</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>3</b></p>		 <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>3</b></p>						
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		<b>TELÉFONO</b>						
 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>2</b></p>		 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>0</b></p>						
<b>APOYABRAZOS</b>		<b>RATÓN</b>						
 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>2</b></p>		 <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>0</b></p>						
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		<b>TECLADO</b>						
 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>1</b></p>		 <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>2</b></p>						
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>1</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>2</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>						
No se requiere una evaluación de inmediato		<b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

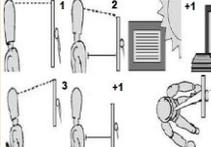
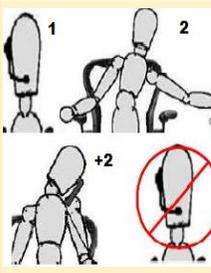
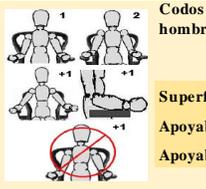
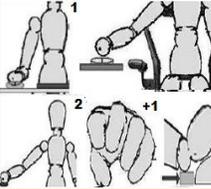
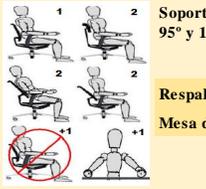
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Desarrollo social		Fecha N°. 02						
Cargo: Analista senior de proyectos		Hoja N°. 01						
<b>Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas</b>								
<b>ALTURA SILLA</b>		 <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>2</b>				
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>2</b>				
<b>APOYABRAZOS</b>		 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>2</b>				
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		<b>1</b>				
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>3</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>3</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato		<b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>				

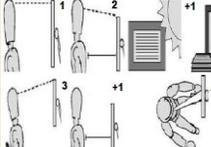
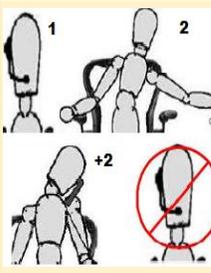
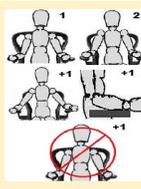
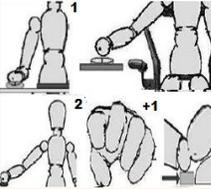
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Desarrollo social		Ficha N°. 03						
Cargo: Analista senior de proyectos		Hoja N°. 01						
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/> <b>3</b></p> <p>Resplandor en la pantalla <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>Auriculares/una mano en el teléfono y la postura del cuello neutral</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input checked="" type="checkbox"/> <b>1</b></p>						
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>						
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/> <b>1</b></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>3</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>3</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>2</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>2</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>			<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
			> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>				
			> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>				
No se requiere una evaluación de inmediato			> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>				
			< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

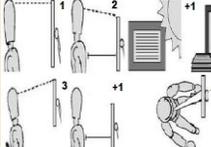
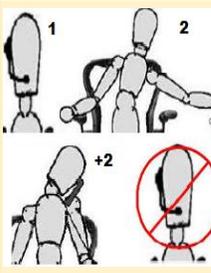
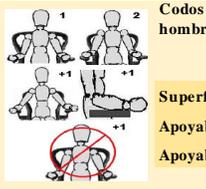
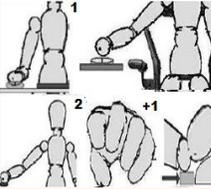
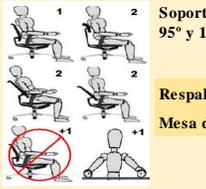
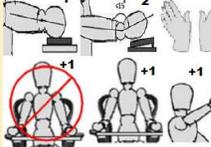
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre:		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento:		Desarrollo social		Ficha N°. 04					
Cargo:		Asistente de servicio social		Hoja N°. 01					
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>		 <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>					
				 <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>					
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>					
				 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>					
<b>APOYABRAZOS</b>		 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>					
				 <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>					
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>					
				 <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>					
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	4	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	2	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	3	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	3	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>				<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

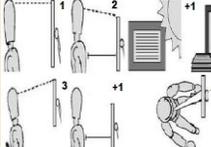
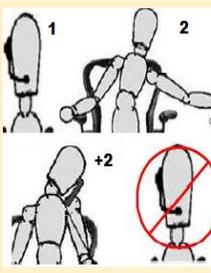
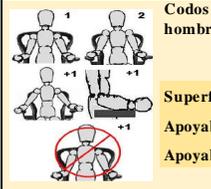
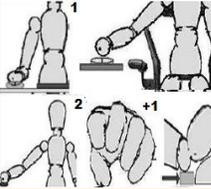
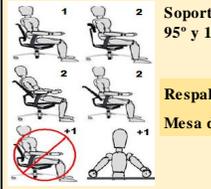
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Desarrollo social		Ficha N°. 05			Hoja N°. 01				
Cargo: Asistente administrativa		Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas							
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Sin contacto de los pies con el suelo</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p> <p><b>0</b></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p> <p><b>0</b></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>							
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>1</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>1</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>				<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
				> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

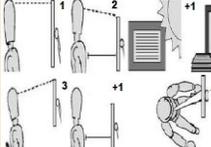
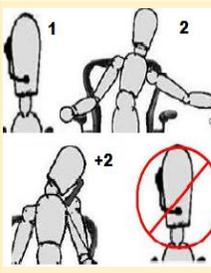
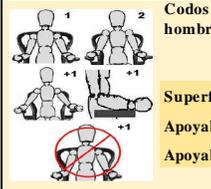
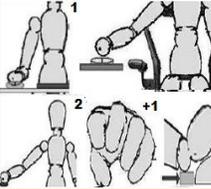
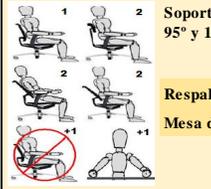
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre:		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento:		Dirección administrativa		Ficha N°. 06					
Cargo:		Coordinador administrativo		Hoja N°. 01					
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	3	4						
	SECCIÓN C	4	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	4	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

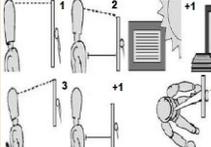
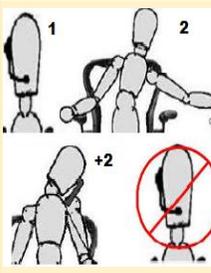
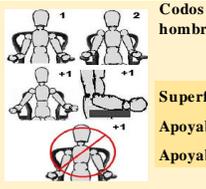
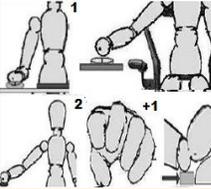
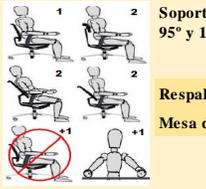
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección Administrativa		Departamento: Dirección Administrativa			Fecha N°. 07				
Cargo: Especialista de seguridad y salud ocupacional		Cargo: Especialista de seguridad y salud ocupacional			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Asiento demasiado largo- menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>Auriculares/una mano en el teléfono y la postura del cuello neutral</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	2	4						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>				
				> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

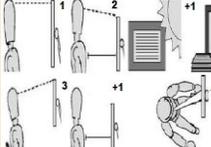
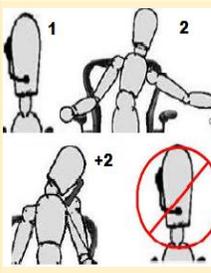
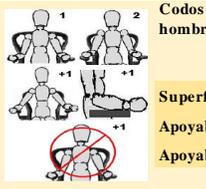
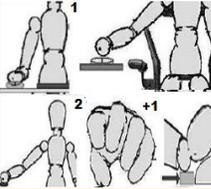
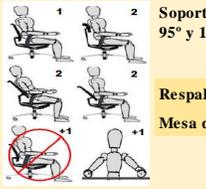
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre:		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento:		Compras públicas		Ficha N°. 08					
Cargo:		Analista de compras públicas		Hoja N°. 01					
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	5	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	2	5						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo medio						
NIVEL DE ACCIÓN					<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>				
Se requiere una evaluación adicional tan pronto como sea posible		> 1h continua; > 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

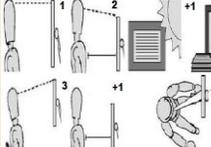
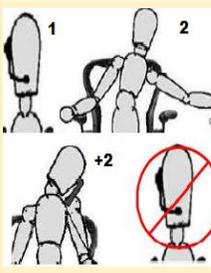
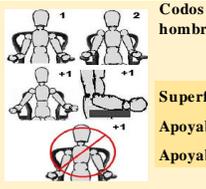
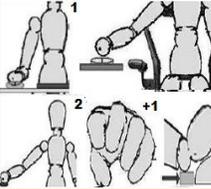
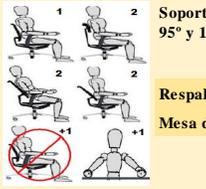
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ				
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo		
Departamento: Dirección Administrativa		Fecha N°. 09			Hoja N°. 01	
Cargo: Asistente administrativa		Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas				
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>3</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>2</b></p>				
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>Auriculares/una mano en el teléfono y la postura del cuello neutral</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>0</b></p>				
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>2</b></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>1</b></p>				
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>1</b></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>2</b></p>				
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>			
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>			
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>2</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>			
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>2</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>			
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>					<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	
					> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>
					> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>
					> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>
					< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>
					<b>Silla</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
					<b>Monitor</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
					<b>Teléfono</b>	<input type="checkbox"/>
					<b>Ratón</b>	<input type="checkbox"/>
					<b>Teclado</b>	<input checked="" type="checkbox"/>

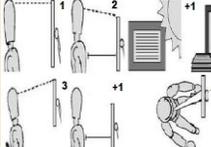
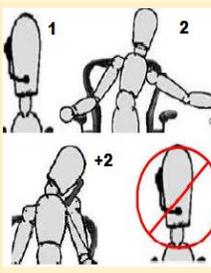
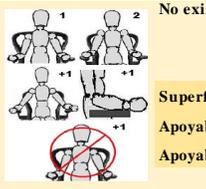
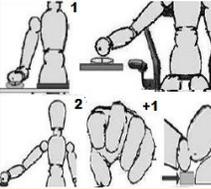
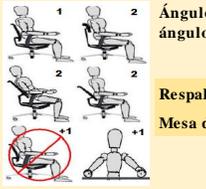
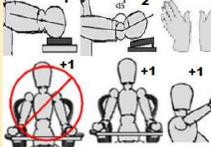
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Talento humano		Departamento: Talento humano			Ficha N°. 10				
Cargo: Analista senior de talento humano		Cargo: Analista senior de talento humano			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Asiento demasiado largo- menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>Auriculares/una mano en el teléfono y la postura del cuello neutral</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>							
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>6</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>6</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>3</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>3</b>	<b>Nivel de riesgo medio</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>				<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se requiere una evaluación adicional tan pronto como sea posible				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

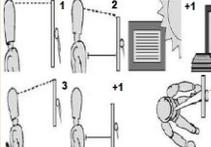
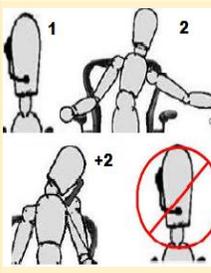
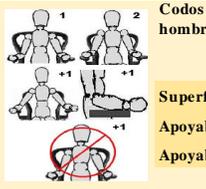
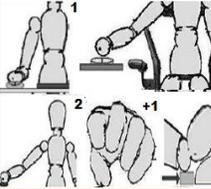
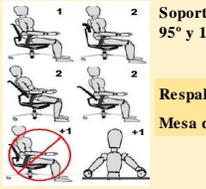
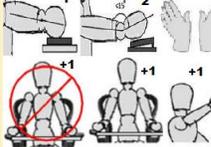
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
		Departamento: Talento humano		Ficha N°. 11					
		Cargo: Analista senior de talento humano		Hoja N°. 01					
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
		<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>					
		<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Asiento demasiado largo-menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>					
		<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>					
		<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>					
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	4	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	1	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	3	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	3	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>				<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
				> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>				
No se requiere una evaluación de inmediato				> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>				
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>				
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>				

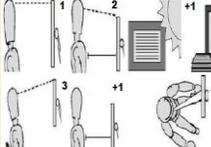
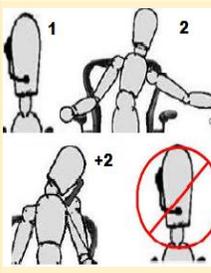
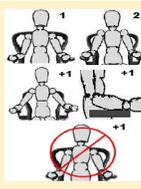
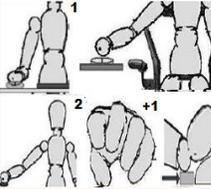
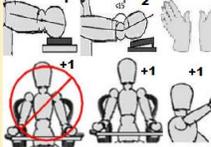
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Talento humano		Departamento: Talento humano			Ficha N°. 12				
Cargo: Analista senior de talento humano		Cargo: Analista senior de talento humano			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	1	4						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				No se requiere una evaluación de inmediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

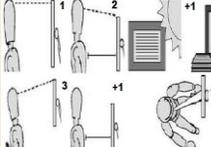
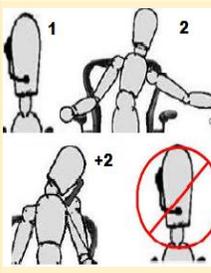
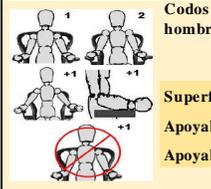
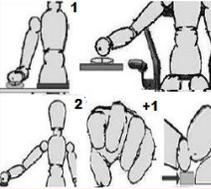
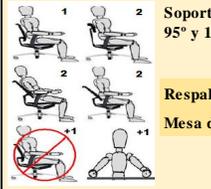
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ								
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo						
Departamento: Talento humano		Fecha N°.								
Cargo: Analista senior de talento humano		Hoja N°.								
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas										
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>								
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>								
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>								
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>								
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA							
	SECCIÓN B	3	4							
	SECCIÓN C	2	NIVEL DE RIESGO							
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo							
NIVEL DE ACCIÓN					TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
		> 1h continua; > 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

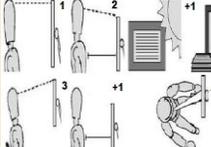
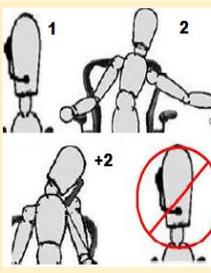
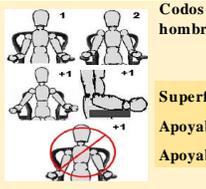
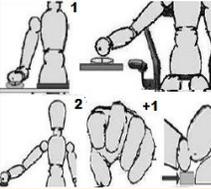
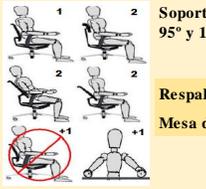
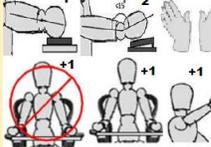
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ																												
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo																										
Departamento: Obras públicas		Fecha N°. 14																												
Cargo: Especialista en fiscalización		Hoja N°. 01																												
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas																														
<b>ALTURA SILLA</b>		<b>MONITOR</b>																												
 <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		 <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>																												
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		<b>TELÉFONO</b>																												
 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>																												
<b>APOYABRAZOS</b>		<b>RATÓN</b>																												
 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>																												
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		<b>TECLADO</b>																												
 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>																												
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>																											
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>																											
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>2</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>																											
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>2</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>																											
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>																												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b></td> <td style="width: 10%;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					<b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b>	<input type="checkbox"/>	<b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b>	<input type="checkbox"/>								
<b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
<b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
<b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
<b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
No se requiere una evaluación de inmediato																														

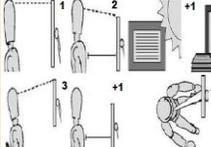
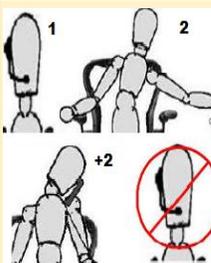
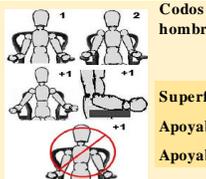
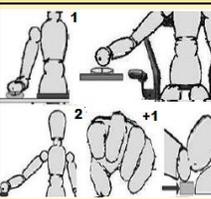
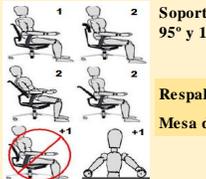
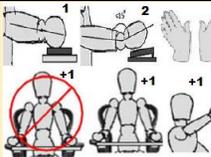
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Obras públicas		Fecha N°. 15							
Cargo: Especialista en fiscalización		Hoja N°. 01							
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>No existe apoyabrazos</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Ángulo demasiado atrás (mayor a 110°) o ángulo demasiado adelante (menor a 95°)</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	1	4						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
		> 1h continua; > 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

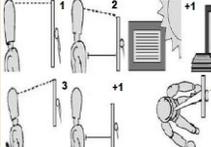
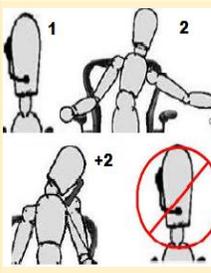
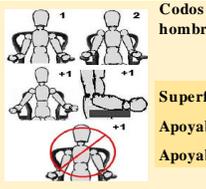
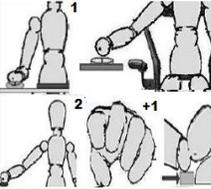
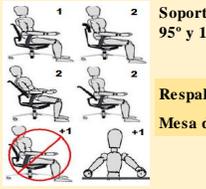
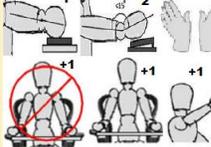
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Planificación		Ficha N°. 16						
Cargo: Líder de gestión urbana		Hoja N°. 01						
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Asiento demasiado largo- menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>						
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>						
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>						
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA					
	SECCIÓN B	2	4					
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO					
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo					
NIVEL DE ACCIÓN		> 1h continua; > 4h/día		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato		> 1h/día ; < 4h/día		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>		<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>

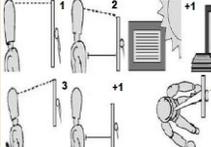
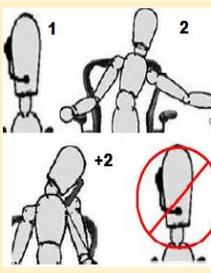
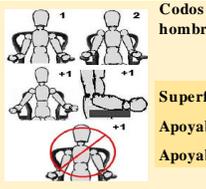
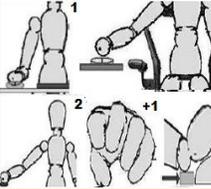
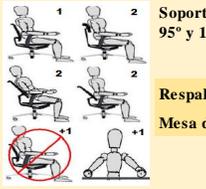
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Planificación		Departamento: Planificación			Fecha N°. 17				
Cargo: Analista de diseño urbano		Cargo: Analista de diseño urbano			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p> <p><b>0</b></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>No existe apoyabrazos</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input type="checkbox"/></p> <p><b>0</b></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>							
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>3</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>3</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>				<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
				> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

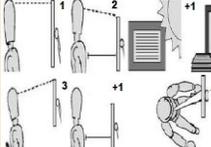
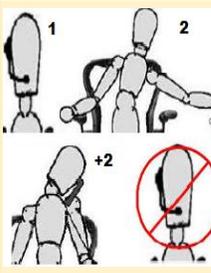
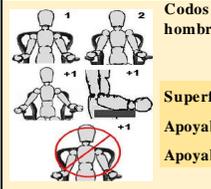
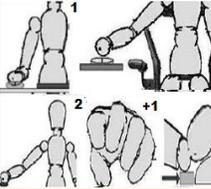
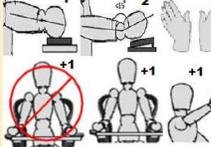
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre:		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Planificación		Departamento: Planificación			Hoja N°. 01				
Cargo: Especialista en planificación territorial		Cargo: Especialista en planificación territorial			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	3	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	1	3						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

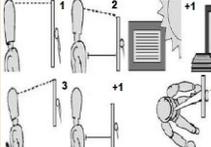
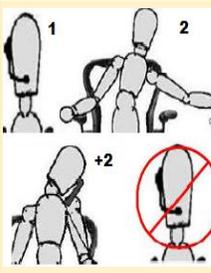
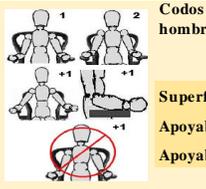
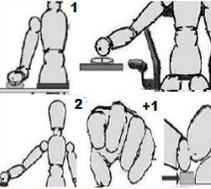
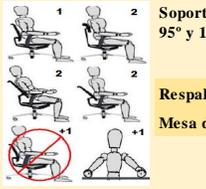
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Planificación		Fecha N°. 19						
Cargo: Especialista en aprobación de planos		Hoja N°. 01						
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>		<b>MONITOR</b>						
 <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		 <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		<b>TELÉFONO</b>						
 <p>Asiento demasiado largo- menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>						
<b>APOYABRAZOS</b>		<b>RATÓN</b>						
 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>						
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		<b>TECLADO</b>						
 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>4</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>4</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>						
		<b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>No se requiere una evaluación de inmediato</b>		<b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

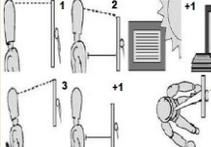
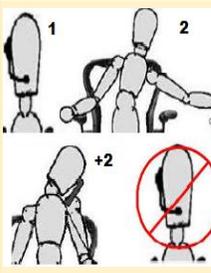
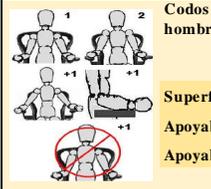
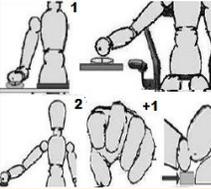
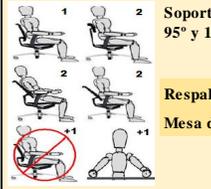
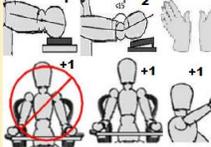
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Planificación		Departamento: Planificación			Fecha N°. 20				
Cargo: Asistente de dirección de planificación		Cargo: Asistente de dirección de planificación			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>		<b>MONITOR</b>							
 <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		 <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>2</b>					
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		<b>TELÉFONO</b>							
 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>		<b>2</b>					
<b>APOYABRAZOS</b>		<b>RATÓN</b>							
 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>		<b>2</b>					
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		<b>TECLADO</b>							
 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		 <p>Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>1</b>					
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>4</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>4</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>				<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

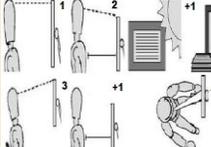
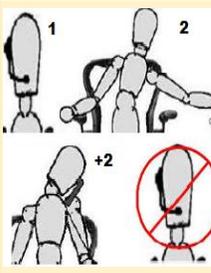
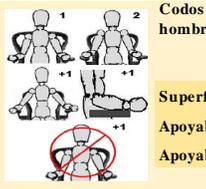
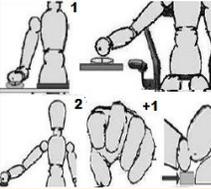
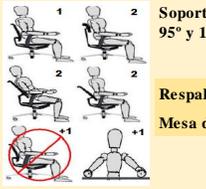
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Avalúos y catastros		Fecha N°. 21							
Cargo: Inspector de avalúos y catastros		Hoja N°. 01							
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	1	4						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				No se requiere una evaluación de inmediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

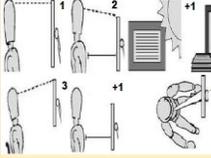
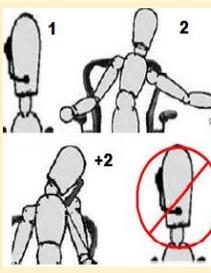
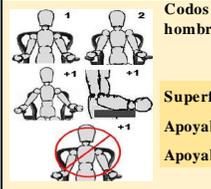
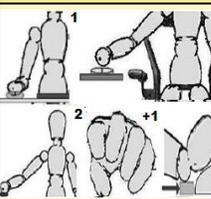
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ				
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo		
Departamento: Avalúos y catastros		Fecha N°. 22			Hoja N°. 01	
Cargo: Asistente administrativo		Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas				
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla de demasiada alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>				
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>				
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>				
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>				
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA			
	SECCIÓN B	1	4			
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO			
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo			
NIVEL DE ACCIÓN					<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	
		> 1h continua; > 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>Teclado</b>	<input type="checkbox"/>

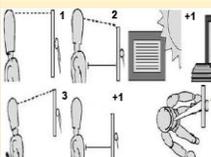
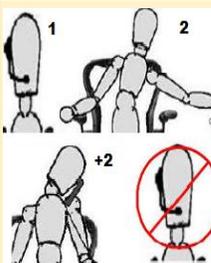
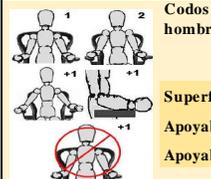
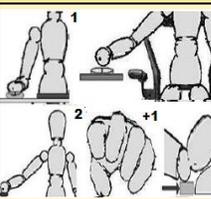
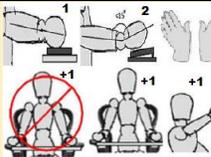
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre:		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Avalúos y catastros		Departamento: Avalúos y catastros		Ficha N°. 23				
Cargo: Analista senior de catastros		Cargo: Analista senior de catastros		Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/> <b>0</b></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>						
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/> <b>1</b></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>						
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/> <b>1</b></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/> <b>3</b></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>3</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>3</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>			<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
			> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato			> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

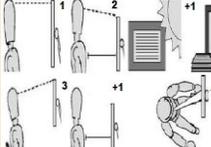
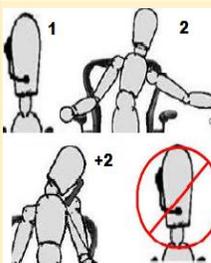
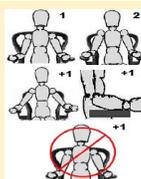
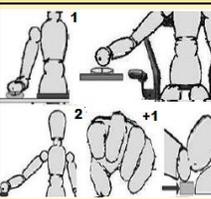
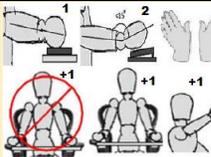
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ								
		Nombre:		Elaborado por: Lenin Caicedo						
Departamento: Avalúos y catastros		Ficha N°. 24			Hoja N°. 01					
Cargo: Asistente de avalúos y catastros		Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla de demasiada alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>								
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>Auriculares/una mano en el teléfono y la postura del cuello neutral</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>								
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>								
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>								
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA							
	SECCIÓN B	1	4							
	SECCIÓN C	2	NIVEL DE RIESGO							
	SECCIÓN B&C	2	Nivel de riesgo bajo							
NIVEL DE ACCIÓN					TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
		> 1h continua; > 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

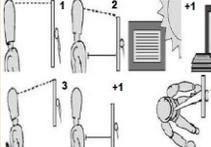
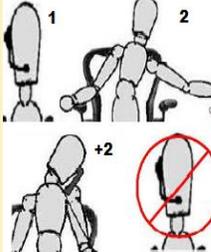
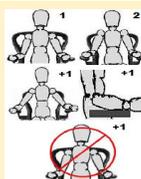
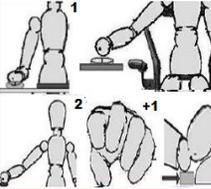
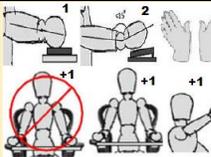
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección financiera		Departamento: Dirección financiera			Hoja N°. 01				
Cargo: Asistente financiero		Cargo: Asistente financiero			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	1	4						
	SECCIÓN C	2	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	2	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

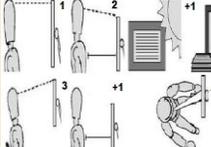
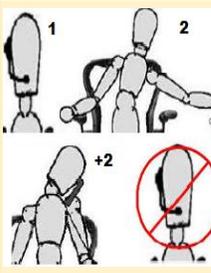
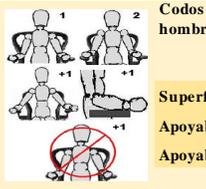
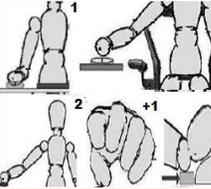
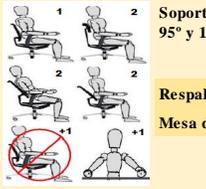
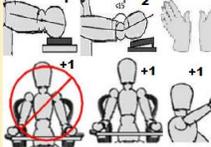
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección financiera		Fecha N°. 26							
Cargo: Asistente administrativa		Hoja N°. 01							
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>		<b>MONITOR</b>							
 <p>Silla de demasiada alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		 <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		<b>TELÉFONO</b>							
 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>		<b>RATÓN</b>							
 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		<b>TECLADO</b>							
 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		 <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	4	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	2	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	4	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	4	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>			<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
		> 1h continua; > 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato		> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

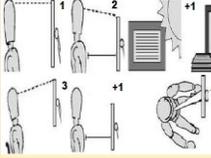
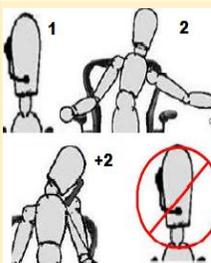
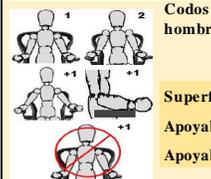
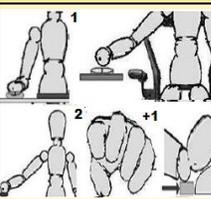
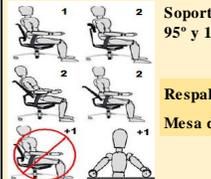
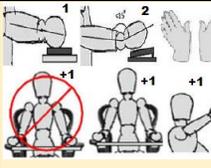
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección financiera		Fecha N°. 27							
Cargo: Analista senior de presupuesto		Hoja N°. 01							
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Rodillas a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	3	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	1	3						
	SECCIÓN C	1	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	1	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
		> 1h continua; > 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

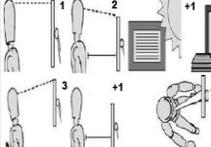
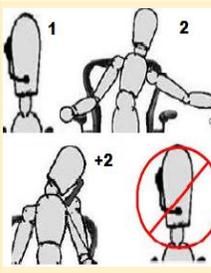
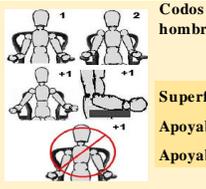
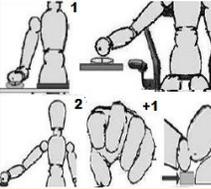
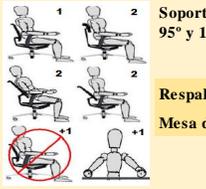
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección financiera		Departamento: Dirección financiera			Fecha N°. 28				
Cargo: Contador		Cargo: Contador			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Sin contacto de los pies con el suelo</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p> <p><b>0</b></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p> <p><b>0</b></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>							
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>1</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>1</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>				<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
				> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

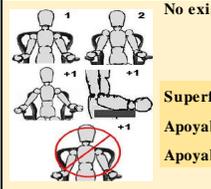
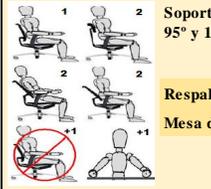
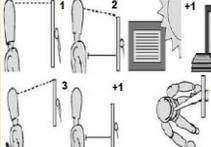
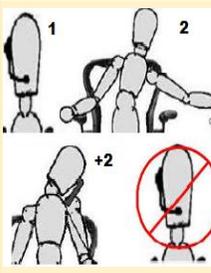
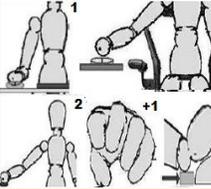
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Dirección financiera		Fecha N°. 29						
Cargo: Líder de contabilidad		Hoja N°. 01						
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla de demasiada alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/> <b>3</b></p> <p>Resplandor en la pantalla <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/> <b>0</b></p>						
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>						
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/> <b>4</b></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>4</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>4</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>		<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
		> 1h continua; > 4h/día		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

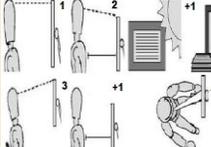
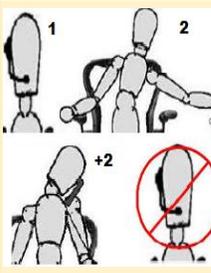
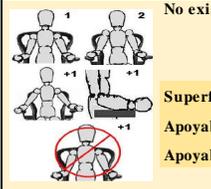
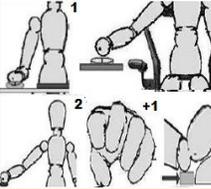
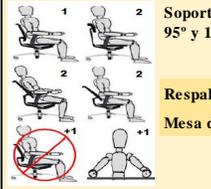
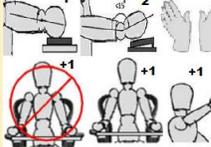
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección financiera		Departamento: Dirección financiera			Ficha N°. 30				
Cargo: Asistente de tesorería		Cargo: Asistente de tesorería			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	2	4						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

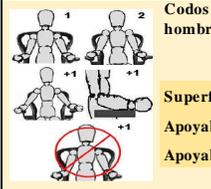
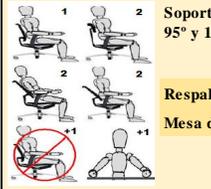
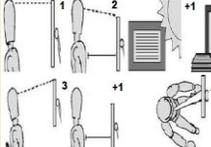
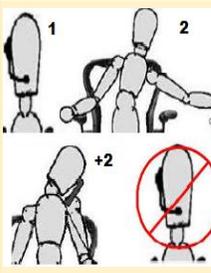
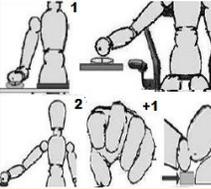
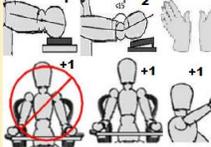
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección financiera		Fecha N°. 31							
Cargo: Analista junior contable		Hoja N°. 01							
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	3	4						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

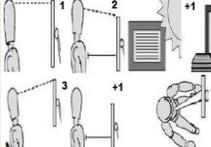
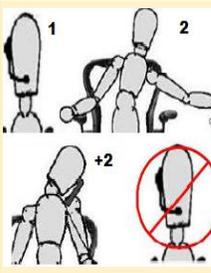
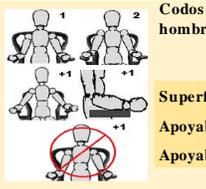
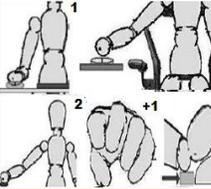
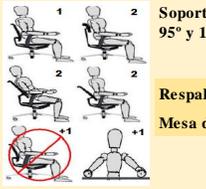
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ									
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo							
		Departamento: Dirección financiera		Ficha N°. 32							
		Cargo: Auxiliar contable		Hoja N°. 01							
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas											
		<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
		<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Asiento demasiado largo- menos de 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
		<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>							
		<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA								
	SECCIÓN B	1	4								
	SECCIÓN C	2	NIVEL DE RIESGO								
	SECCIÓN B&C	2	Nivel de riesgo bajo								
		NIVEL DE ACCIÓN		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>			Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

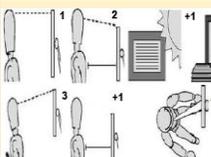
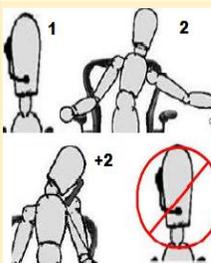
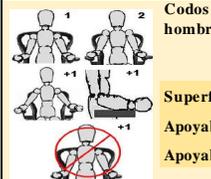
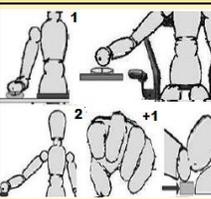
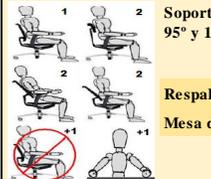
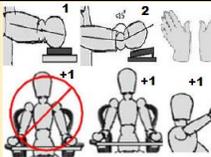
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección financiera - Rentas		Departamento: Dirección financiera - Rentas			Fecha N°. 33				
Cargo: Asistente de rentas		Cargo: Asistente de rentas			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/> <b>3</b></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/> <b>0</b></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/> <b>1</b></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/> <b>3</b></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>3</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>3</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>			<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>		<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
No se requiere una evaluación de inmediato			> 1h continua; > 4h/día		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			> 1h/día ; < 4h/día		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			> 30min ; < 60 min continuos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			< 30min continuos ; < 1h/día		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

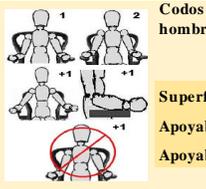
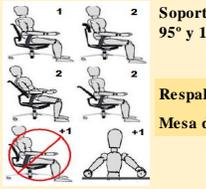
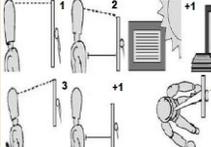
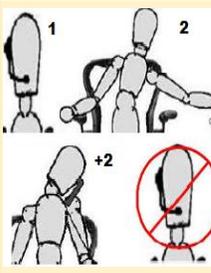
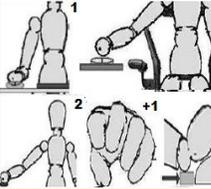
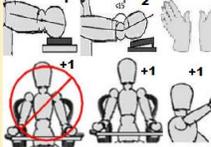
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección financiera		Fecha N°. 34							
Cargo: Asistente de rentas		Hoja N°. 01							
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>		 <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>3</b>				
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>2</b>				
<b>APOYABRAZOS</b>		 <p>No existe apoyabrazos</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input type="checkbox"/></p>			<b>0</b>				
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>3</b>				
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>4</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>4</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>4</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		 <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>3</b>				
<b>TELÉFONO</b>		 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>			<b>0</b>				
<b>RATÓN</b>		 <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>			<b>1</b>				
<b>TECLADO</b>		 <p>Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>4</b>				
		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>			<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
		> 1h continua; > 4h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

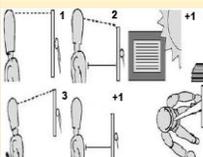
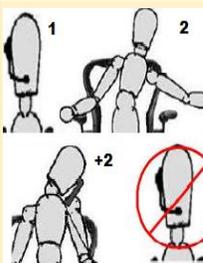
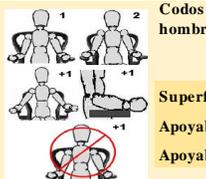
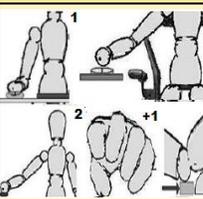
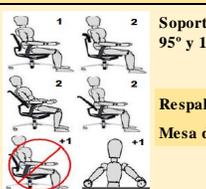
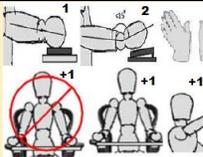
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Dirección ambiental		Departamento: Dirección ambiental			Hoja N°. 01				
Cargo: Asistente administrativa		Cargo: Asistente administrativa			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>No existe apoyabrazos</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	1	4						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

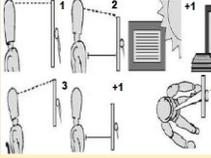
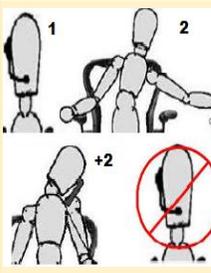
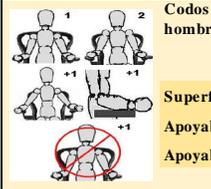
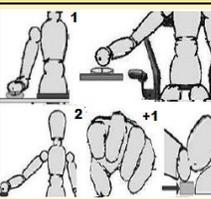
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Dirección ambiental		Fecha N°. 36						
Cargo: Veterinario		Hoja N°. 01						
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>		 <p>Sin contacto de los pies con el suelo</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>			<b>3</b>			
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>2</b>			
<b>APOYABRAZOS</b>		 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>2</b>			
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>			<b>1</b>			
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>3</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>3</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>MONITOR</b>		 <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>3</b>			
<b>TELÉFONO</b>		 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>			<b>0</b>			
<b>RATÓN</b>		 <p>Ratón alejado o brazo lejos del cuerpo</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input type="checkbox"/></p>			<b>3</b>			
<b>TECLADO</b>		 <p>Muñecas extendidas, teclado en ángulo mayor a 15°</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>			<b>3</b>			
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>		<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
No se requiere una evaluación de inmediato		> 1h continua; > 4h/día		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 1h/día ; < 4h/día		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		> 30min ; < 60 min continuos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		< 30min continuos ; < 1h/día		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Registro de la propiedad		Departamento: Registro de la propiedad			Hoja N°. 37			
Cargo: Asistente administrativa		Cargo: Asistente administrativa			Hoja N°. 01			
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Demasiado bajo (flexión del cuello)</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/> <b>3</b></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/> <b>0</b></p>						
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>						
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>2</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>2</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>2</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>			<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
			> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato			> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Registro de la propiedad		Departamento: Registro de la propiedad			Hoja N°. 38				
Cargo: Oficial de cumplimiento		Cargo: Oficial de cumplimiento			Hoja N°. 01				
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas									
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
PUNTAJES	SECCIÓN A	4	PUNTAJE ROSA						
	SECCIÓN B	1	4						
	SECCIÓN C	3	NIVEL DE RIESGO						
	SECCIÓN B&C	3	Nivel de riesgo bajo						
NIVEL DE ACCIÓN				TIEMPO DE ACTIVIDAD	Silla	Monitor	Teléfono	Ratón	Teclado
				> 1h continua; > 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 1h/día ; < 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Registro de la propiedad		Fecha N°. 39			Hoja N°. 01			
Cargo: Digitadora		Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas						
<b>ALTURA SILLA</b>		 <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/></p>		<b>2</b>				
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>		 <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>2</b>				
<b>APOYABRAZOS</b>		 <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>2</b>				
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>		 <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input type="checkbox"/></p>		<b>1</b>				
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>3</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>3</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>MONITOR</b>		 <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>2</b>				
<b>TELÉFONO</b>		 <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p>		<b>0</b>				
<b>RATÓN</b>		 <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>2</b>				
<b>TECLADO</b>		 <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>3</b>				
<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>				<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato		<b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

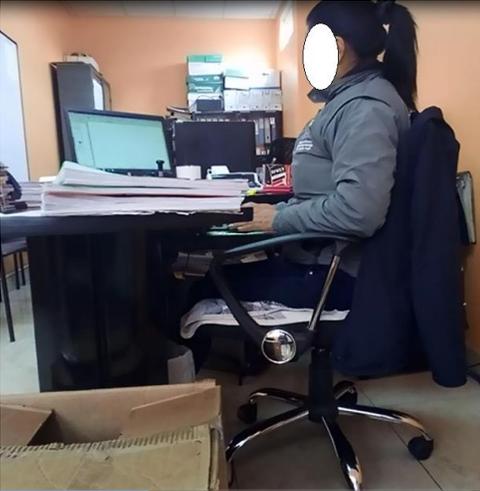
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ							
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo					
Departamento: Registro de la propiedad		Fecha N°. 40			Hoja N°. 01				
Cargo: Analista junior		Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas							
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado alta – ángulo de la rodilla mayor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Altura no es ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/> <b>1</b></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/> <b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/> <b>0</b></p>							
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/> <b>1</b></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input type="checkbox"/> <b>2</b></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input type="checkbox"/> <b>1</b></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p>							
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>3</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>						
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>3</b>						
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>1</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>						
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>1</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>						
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>		<b>&gt; 1h continua; &gt; 4h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato		<b>&gt; 1h/día ; &lt; 4h/día</b>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&gt; 30min ; &lt; 60 min continuos</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>&lt; 30min continuos ; &lt; 1h/día</b>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>		

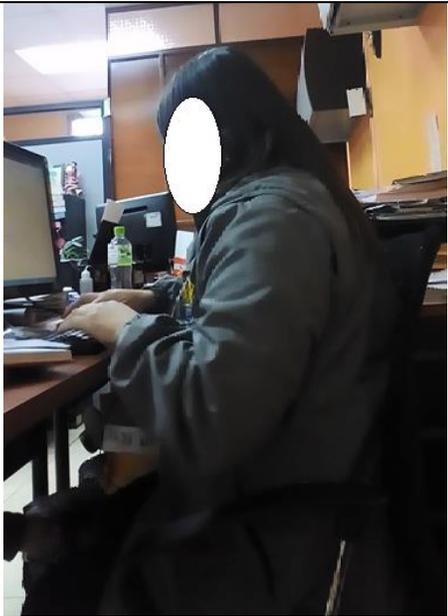
		G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
		Nombre: -		Elaborado por: Lenin Caicedo				
Departamento: Registro de la propiedad		Fecha N°. 41						
Cargo: Analista junior		Hoja N°. 01						
Evaluación Rápida de Esfuerzo para Oficinas								
<b>ALTURA SILLA</b>  <p>Silla demasiado baja – ángulo de la rodilla menor a 90°</p> <p>Espacio insuficiente bajo el escritorio <input type="checkbox"/></p> <p>Altura no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>MONITOR</b>  <p>Pantalla a la altura de los ojos</p> <p>Demasiado lejos <input type="checkbox"/></p> <p>Torsión del cuello <input type="checkbox"/></p> <p>Resplandor en la pantalla <input type="checkbox"/></p> <p>No hay soporte para doc. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>						
<b>PROFUNDIDAD ASIENTO</b>  <p>Aproximadamente 7.5 cm de espacio entre la rodilla y el borde del asiento</p> <p>La profundidad no es ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>TELÉFONO</b>  <p>No utiliza teléfono</p> <p>Retener teléfono entre el cuello y el hombro <input type="checkbox"/></p> <p>No hay opción de manos libres <input type="checkbox"/></p> <p><b>0</b></p>						
<b>APOYABRAZOS</b>  <p>Codos apoyados en línea con el hombro, hombros relajados</p> <p>Superficie dura o dañada <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos muy separados <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyabrazos no ajustables <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>		<b>RATÓN</b>  <p>Ratón en línea con el hombro</p> <p>Teclado y ratón en diferentes superficies a distintas alturas <input type="checkbox"/></p> <p>Agarre en pinza, es pequeño o no permite estirar la mano <input type="checkbox"/></p> <p>Reposa manos delante del ratón <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>						
<b>SOPORTE PARA LA ESPALDA</b>  <p>Soporte lumbar adecuado-silla reclinable entre 95° y 110°</p> <p>Respaldo no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Mesa de trabajo muy alta <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<b>TECLADO</b>  <p>Muñecas rectas, hombros relajados</p> <p>Desviación mientras escribe <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Teclado alto, hombro encogido <input type="checkbox"/></p> <p>Alcanzar objetos arriba de la cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Plataforma de teclado no ajustable <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>						
<b>PUNTAJES</b>	<b>SECCIÓN A</b>	<b>4</b>	<b>PUNTAJE ROSA</b>					
	<b>SECCIÓN B</b>	<b>1</b>	<b>4</b>					
	<b>SECCIÓN C</b>	<b>2</b>	<b>NIVEL DE RIESGO</b>					
	<b>SECCIÓN B&amp;C</b>	<b>2</b>	<b>Nivel de riesgo bajo</b>					
<b>NIVEL DE ACCIÓN</b>			<b>TIEMPO DE ACTIVIDAD</b>	<b>Silla</b>	<b>Monitor</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Ratón</b>	<b>Teclado</b>
			> 1h continua; > 4h/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			> 1h/día ; < 4h/día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se requiere una evaluación de inmediato			> 30min ; < 60 min continuos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			< 30min continuos ; < 1h/día	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anexo 05 Posturas y códigos

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	
	<b>Departamento:</b> Dirección Administrativa	
	<b>Cargo:</b> Analista de compras públicas	
<b>CÓDIGO</b>	<b>POSTURA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
LS1		Revisión de documentos para publicación.
LS2		Revisión de publicaciones.
LS3		Revisión de documentos para adjudicación.

<p>LS4</p>		<p>Revisión de documentos para adjudicación.</p>
<p>LS5</p>		<p>Revisión de documentos en los cajones del escritorio.</p>
<p>LS6</p>		<p>Impresión de documentos.</p>

<p>LS7</p>		<p>Publicación de documentos.</p>
<p>LS8</p>		<p>Estiramiento de músculos.</p>

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre:</b> -	
	<b>Departamento:</b> Talento Humano	
	<b>Cargo:</b> Analista senior de talento humano	
<b>CÓDIGO</b>	<b>POSTURA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
ME1		Planificar horarios de trabajo en el sistema.
ME2		Planificar horarios de trabajo en el sistema.

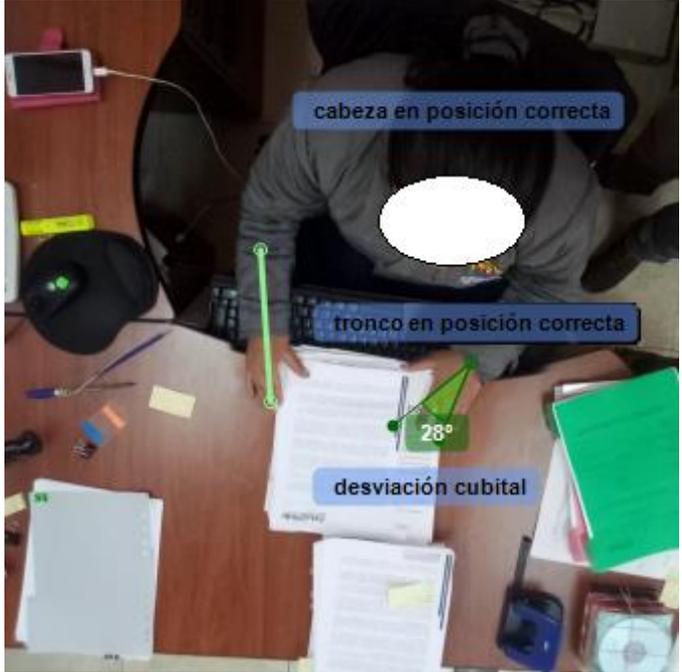
<p>ME3</p>		<p>Revisión de horas extra.</p>
<p>ME4</p>		<p>Revisión de documentos en los cajones del escritorio.</p>

## Anexo 06 Análisis de posturas

ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO						
Nombre: Lorena Sangucho		Departamento: Compras públicas			Cargo: Analista de compras públicas	
Posturas y tiempos					Posturas seleccionadas	
Periodo de muestreo	Cód. de postura	Rep.	Tiempo unitario (seg)	Tiempo parcial (seg)		
16:21 - 16:31	LS1	5	18-74-63-22-153	330		
	LS2	4	26-28-5-8	67		
	LS3	1	33	33		
	LS4	2	8-6	14		
	LS5	2	7-13	20		
	LS6	1	18	18		
	LS7	4	3-26-37-52	118		
16:32 - 16:42	LS1	13	13-2-40-4-14-11-6-8-18-45-11-13-5	190		
	LS2	21	24-5-3-172-18-3-7-16-5-12-3-11-4-5-16-10-4-5-12-8-2	345		
	LS4	1	4	4		
	LS5	1	2	2		
	LS7	10	1-1-10-3-1-10-5-1-14-2	48		
LS8	3	3-4-4	11			
Frecuencias						
Código de postura	Número de repeticiones		Frecuencia de acción			
LS1	18		0,9			
LS2	25		1,25			
LS3	1		0,05			
LS4	3		0,15			
LS5	3		0,15			
LS6	1		0,05			
LS7	14		0,7			
LS8	3		0,15			

ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO					
Nombre: Marcela Escudero		Departamento: Talento Humano			Cargo: Analista senior de talento humano
Posturas y tiempos					Posturas seleccionadas
Periodo de muestreo	Cód. de postura	Rep.	Tiempo unitario (seg)	Tiempo parcial (seg)	
15:10 - 15:20	ME1	11	49-56-5-48-25-61-31-57-19-81-8	440	
	ME2	9	4-5-3-4-4-18-6-4-10	58	
	ME3	5	10-12-11-13-20	66	
	ME4	3	13-5-18	36	
15:21 - 15:31	ME1	14	57-11-15-23-16-4-41-32-10-1-6-103-6-2	327	
	ME2	8	14-7-2-1-2-2-3-3	34	
	ME3	6	33-58-4-37-38-58	228	
	ME4	1	11	11	
Frecuencias					
Código de postura	Número de repeticiones		Frecuencia de acción		
ME1	25		1,25		
ME2	17		0,85		
ME3	11		0,55		
ME4	4		0,2		

Anexo 07 Ficha de fotos de evaluación con método RULA

	<b>G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ</b>	
	<b>Nombre: -</b>	<b>Elaborado por: Lenin Caicedo</b>
	<b>Departamento: Dirección administrativa</b>	<b>Ficha N°. 01</b>
	<b>Cargo: Analista de compras públicas</b>	<b>Hoja N°. 01</b>
Valoración Rápida de los Miembros Superiores (Postura LS1)		
		
		



### G.A.D. MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ

Nombre: -

Elaborado por: Lenin Caicedo

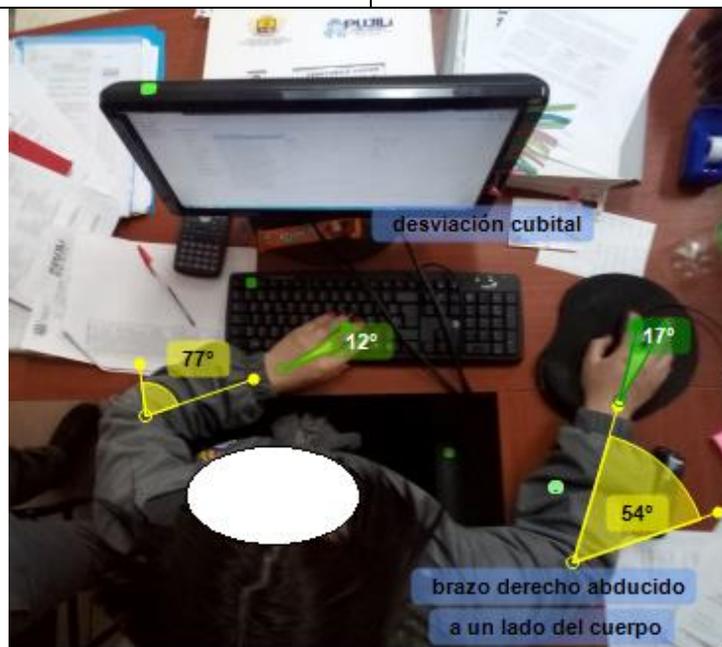
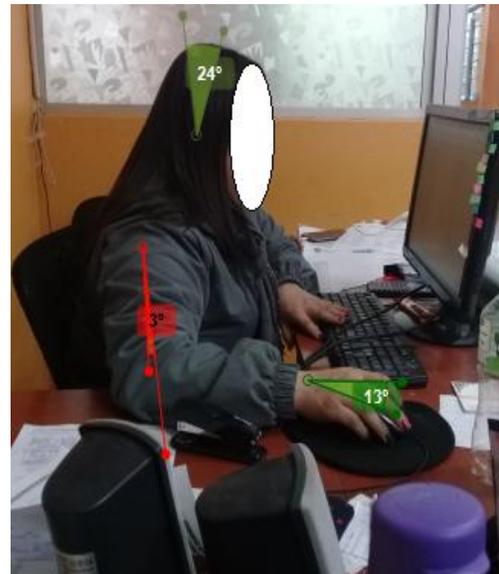
Departamento: Talento Humano

Ficha N°. 44

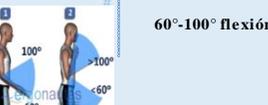
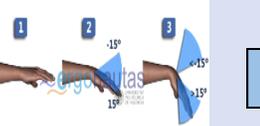
Cargo: Analista senior de talento humano

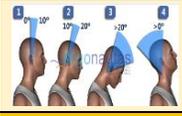
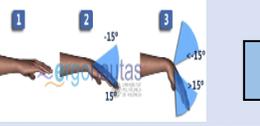
Hoja N°. 01

#### Valoración Rápida de los Miembros Superiores (Postura ME1)



**Anexo 08** Hoja de campo para la valoración con método RULA

<b>MÉTODO RULA</b>					
Nombre: -		Departamento: Dirección administrativa			
Cargo: Analista de compras públicas					
<b>GRUPO B</b>		<b>GRUPO A</b>			
<b>TRONCO</b>		<b>LADO DERECHO</b>	<b>LADO IZQUIERDO</b>		
 <p style="text-align: center;"><b>Sentado</b></p> <p>Rotación <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Lateral <input type="checkbox"/></p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><b>2</b></p>		<p style="text-align: center;"><b>BRAZO</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>21-45° flexión</b></p> <p>Abducción <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Hombro elevado <input type="checkbox"/></p> <p>Apoyado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><b>2</b></p>		 <p style="text-align: center;"><b>0-20° flexión</b></p> <p>Abducción <input type="checkbox"/></p> <p>Hombro elevado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Apoyado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><b>1</b></p>	
<b>CUELLO</b>		<b>ANTEBRAZO</b>			
 <p style="text-align: center;"><b>10°-20° flexión</b></p> <p>Rotación <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Lateral <input type="checkbox"/></p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><b>3</b></p>		 <p style="text-align: center;"><b>&lt; 60° flexión</b></p> <p>Lado del cuerpo <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Línea media <input type="checkbox"/></p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><b>3</b></p>		 <p style="text-align: center;"><b>60°-100° flexión</b></p> <p>Lado del cuerpo <input type="checkbox"/></p> <p>Línea media <input type="checkbox"/></p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><b>1</b></p>	
<b>PIERNAS</b>		<b>MUÑECA</b>			
 <p style="text-align: center;"><b>Sentado, con piernas y pies bien apoyados</b></p> <p style="font-size: 24px; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"><b>1</b></p>		 <p style="text-align: center;"><b>posición neutra</b></p> <p>D.radial <input type="checkbox"/> P/S mediz: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>D.cubital <input type="checkbox"/> P/S extr.: <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Giro <b>1</b></p>		 <p style="text-align: center;"><b>posición neutra</b></p> <p>D.radial <input type="checkbox"/> P/S mediz: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>D.cubital <input checked="" type="checkbox"/> P/S extr.: <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Giro <b>1</b></p>	
<b>PUNTUACIÓN B</b>		<b>PUNTUACIÓN A - LADO DERECHO</b>			
<b>3</b>		<b>3</b>			
<p><b>Tipo de actividad</b></p> <p>Estática (se mantiene más de un minuto seguido) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Repetitiva (se repite más de 4 veces cada minuto) <input type="checkbox"/></p> <p>Ocasional, poco frecuente y de corta duración <input type="checkbox"/></p> <p><b>Carga o fuerza</b></p> <p>Carga menor de 2 Kg. mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga entre 2 y 10 Kg. mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga entre 2 y 10 Kg. estática o repetitiva <input type="checkbox"/></p> <p>Carga superior a 10 Kg mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga superior a 10 Kg estática o repetitiva <input type="checkbox"/></p> <p>Se producen golpes o fuerzas bruscas o repentinas <input type="checkbox"/></p>		<b>PUNTUACIÓN A - LADO IZQUIERDO</b>			
		<b>2</b>			
<b>PUNTUACIÓN D</b>		<b>PUNTUACIÓN C - LADO DERECHO</b>			
<b>4</b>		<b>4</b>			
		<b>PUNTUACIÓN C - LADO IZQUIERDO</b>			
		<b>3</b>			
<b>PUNTUACIÓN RULA DERECHA</b>		<b>4</b>			
<b>PUNTUACIÓN RULA IZQUIERDA</b>		<b>4</b>			
		NIVEL DE RIESGO	NIVEL 2		
		NIVEL DE ACCIÓN	Pueden requerirse cambios en la tarea; es conveniente profundizar en el estudio		
		NIVEL DE RIESGO	NIVEL 2		
		NIVEL DE ACCIÓN	Pueden requerirse cambios en la tarea; es conveniente profundizar en el estudio		

MÉTODO RULA			
Nombre: -		Departamento: Talento Humano	
Cargo: Analista senior de talento humano			
GRUPO B		GRUPO A	
TRONCO		LADO DERECHO	LADO IZQUIERDO
 <p>Sentado</p> <p>Rotación <input type="checkbox"/></p> <p>Lateral <input type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>		<p>BRAZO</p>  <p>0-20° extensión</p> <p>Abducción <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Hombro elevado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Apoyado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>2</b></p>	<p>BRAZO</p>  <p>46-90° flexión</p> <p>Abducción <input type="checkbox"/></p> <p>Hombro elevado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Apoyado <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>
CUELLO		ANTEBRAZO	ANTEBRAZO
 <p>&gt;20° flexión</p> <p>Rotación <input type="checkbox"/></p> <p>Lateral <input type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>		<p>ANTEBRAZO</p>  <p>&lt;60° flexión</p> <p>Lado del cuerpo <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Línea media <input type="checkbox"/></p> <p><b>3</b></p>	<p>ANTEBRAZO</p>  <p>60°-100° flexión</p> <p>Lado del cuerpo <input type="checkbox"/></p> <p>línea media <input type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>
PIERNAS		MUÑECA	MUÑECA
 <p>Sentado, con piernas y pies bien apoyados</p> <p><b>1</b></p>		<p>MUÑECA</p>  <p>0°-15° flexión/ extensión</p> <p>D. radial <input type="checkbox"/></p> <p>D. cubital <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>P/S media <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>P/S extr. <input type="checkbox"/></p> <p>Giro <input type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>	<p>MUÑECA</p>  <p>posición neutra</p> <p>D. radial <input type="checkbox"/></p> <p>D. cubital <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>P/S media <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>P/S extr. <input type="checkbox"/></p> <p>Giro <input type="checkbox"/></p> <p><b>1</b></p>
PUNTAJÓN B		PUNTAJÓN A - LADO DERECHO	
<b>3</b>		<b>4</b>	
<p>Tipo de actividad</p> <p>Estática (se mantiene más de un minuto seguido) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Repetitiva (se repite más de 4 veces cada minuto) <input type="checkbox"/></p> <p>Ocasional, poco frecuente y de corta duración <input type="checkbox"/></p> <p>Carga o fuerza</p> <p>Carga menor de 2 Kg. mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga entre 2 y 10 Kg. mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga entre 2 y 10 Kg. estática o repetitiva <input type="checkbox"/></p> <p>Carga superior a 10 Kg mantenida intermitentemente <input type="checkbox"/></p> <p>Carga superior a 10 Kg estática o repetitiva <input type="checkbox"/></p> <p>Se producen golpes o fuerzas bruscas o repentinas <input type="checkbox"/></p>		PUNTAJÓN A - LADO IZQUIERDO	
PUNTAJÓN D		PUNTAJÓN C - LADO DERECHO	
<b>4</b>		<b>5</b>	
PUNTAJÓN C - LADO IZQUIERDO		PUNTAJÓN C - LADO IZQUIERDO	
<b>5</b>		<b>5</b>	
PUNTAJÓN RULA DERECHA		NIVEL DE RIESGO	
<b>5</b>		NIVEL 3	
PUNTAJÓN RULA IZQUIERDA		NIVEL DE ACCIÓN	
<b>5</b>		Se requiere el rediseño de la tarea	
PUNTAJÓN RULA DERECHA		NIVEL DE RIESGO	
<b>5</b>		NIVEL 3	
PUNTAJÓN RULA IZQUIERDA		NIVEL DE ACCIÓN	
<b>5</b>		Se requiere el rediseño de la tarea	

Anexo 09 Test nórdico aplicado al personal del G.A.D. Municipal de cantón Pujilí

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>						
Nombre: _____						
Departamento: <i>DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL</i>						
Cargo: <i>DIRECTORA DE DESARROLLO SOCIAL</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>VARIOS AÑOS</i>	<i>UN AÑO</i>		<i>UN AÑO</i>	
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/>
		8-30días <input checked="" type="checkbox"/>	8-30días <input checked="" type="checkbox"/>	8-30días <input type="checkbox"/>	8-30días <input checked="" type="checkbox"/>	8-30días <input type="checkbox"/>
		>30 días seguidos <input type="checkbox"/>	>30 días seguidos <input type="checkbox"/>	>30 días seguidos <input type="checkbox"/>	>30 días seguidos <input type="checkbox"/>	>30 días seguidos <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/>
		1-24h <input type="checkbox"/>	1-24h <input type="checkbox"/>	1-24h <input type="checkbox"/>	1-24h <input type="checkbox"/>	1-24h <input type="checkbox"/>
		1-7días <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	1-4sem. <input type="checkbox"/>	1-4sem. <input type="checkbox"/>	1-4sem. <input type="checkbox"/>	1-4sem. <input type="checkbox"/>	1-4sem. <input type="checkbox"/>
		>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>
		0 días <input checked="" type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		3 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>STRESS</i>		<i>RESQUERIDO</i>		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>Unidad de Proyecto</i>						
Cargo: <i>Analista</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>2 meses</i>				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Postura</i>				
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>UNIDAD DE PROYECTOS ASOCIATIVOS Y COMUNITARIOS</i>						
Cargo: _____						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?			<i>2 años</i>		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?			<i>manejar la misma posición</i>		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>DES. SOCIAL</i>						
Cargo: <i>ASIST. DE SERVICIO SOCIAL</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. der.	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. der.	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. der.
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?			<i>NO</i>		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?			<i>A LA MALA USUACION AL SEATREMI</i>		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJLÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>Desarrollo Social</i>						
Cargo: <i>Asistente Administrativo</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbal	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?					<i>1 año</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?					<i>Por trabajo</i>
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: DIRECCION ADMINISTRATIVA						
Cargo: COORDINADOR ADMINISTRATIVO						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?			2 AÑOS		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?			TRABAJO		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL  
DEL CANTÓN PUJILÍ



CUESTIONARIO NÓRDICO

Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Departamento: DIRECCION ADMINISTRATIVA

Cargo: E. S. S. O

#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	2 años				2 años
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	Dorote Mala Postura		Dorote Mala Postura		Thibogo

Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ CUESTIONARIO NÓRDICO Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Compras Públicas</i>						
Cargo: <i>Analista de Compras Públicas</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input checked="" type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input checked="" type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>1 año</i>				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input checked="" type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input checked="" type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input checked="" type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input checked="" type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Casi la mayoría de tiempo se pasa sentado y frente al computador, sillas incomodas</i>				
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>Administrativo</i>						
Cargo: <i>Asistente Administrativa</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>3 años</i>		<i>3 años</i>		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>mala postura en el puesto de trabajo</i>		<i>mala postura en el puesto de trabajo</i>		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL  
DEL CANTÓN PUJILÍ

CUESTIONARIO NÓRDICO

Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN



Nombre:

Departamento: *Tc. Mts Humano.*

Cargo: *Analista Senior*

#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>3 meses</i>				<i>15 días.</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input checked="" type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Mala postura</i>				<i>Mala postura.</i>

Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Talento Humano</i>						
Cargo: <i>Oficialista Denier de Coborte Humano</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>1</i>				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>do utilización del mouse</i>				
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <u>UATH</u>						
Cargo: <u>ANALISTA DE TALENTO HUMANO</u>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<u>3 Meses</u>				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<u>AL TRABAJO</u>				
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>OBRAS PÚBLICAS</i>						
Cargo: <i>Especialista de Fiscalización</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbro	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>2 AÑOS</i>			<i>2 AÑOS</i>	<i>2 AÑOS</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>STRES</i>			<i>COMPUTADOR</i>	<i>MOUSE</i>
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Unidad de Fiscalización</i>						
Cargo: <i>Especialista de Fiscalización</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input checked="" type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>9 meses</i>	<i>9 meses</i>			
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Estres</i>	<i>Estres</i> <i>comodidad</i>			
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>PUJILÍ (CAG)</i>						
Cargo: <i>UDER DE GESTIÓN URBANA</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?			<i>2 MESES</i>		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?			<i>Sobrecarga</i>		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Planificación</i>						
Cargo: <i>Analista de Diseño Urbano</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?					<i>Solas</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?					<i>Por deporte</i>
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Panificación</i>						
Cargo: <i>Especialista en Panificación Territorial.</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?		<i>2 meses</i>			<i>2 meses</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?		<i>Exposición al manejo continuo computador.</i>			<i>Exposición al manejo continuo computador.</i>
Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.						
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Planificación</i>						
Cargo: <i>Especialista en aprobación de Planos</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?					
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?					
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Planificación</i>						
Cargo: <i>Asistente</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?					
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?					
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>AVALUOS Y CATASTROS</i>						
Cargo:						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	1				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>FALTA DE ERGONOMIA</i>				
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>Planificación</i>						
Cargo: <i>Analista Senior de Catastros</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>2 años</i>	<i>1 año</i>	<i>4 años</i>		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input checked="" type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input checked="" type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>mucha Postura</i>	<i>mucha Postura</i>	<i>Mucha Tiempo sentado</i>		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>Avulso y Catastro</i>						
Cargo: <i>Asistente de Avulso y Catastro</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?			<i>3 mes</i>		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?			<i>mala fuerza</i>		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>FINANCIERO</i>						
Cargo: <i>ASISTENTE FINANCIERO</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?			<i>2 años</i>		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?			<i>stress trabajo</i>		
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <u>Boromburio</u>						
Cargo: <u>Asistente Administrativo</u>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<u>1 mes</u>				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?					
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Financiera</i>						
Cargo: <i>Analista Senior de Presupuesto</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input checked="" type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input checked="" type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>1 año</i>	<i>6 mes.</i>	<i>1 año</i>	<i>1 año ó más</i>	<i>12 años</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input checked="" type="checkbox"/> seguidos <input checked="" type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input checked="" type="checkbox"/> seguidos <input checked="" type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>stress</i>	<i>Tro. trabajo</i>	<i>stress. Migraña</i>	<i>Mal postura en el espacio no ergonomico</i>	<i>Por una fractura.</i>
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL  
DEL CANTÓN PUJILÍ



CUESTIONARIO NÓRDICO

Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Departamento: *contabilidad*

Cargo: *contador*

#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>Una hora</i>				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Por estar siempre sentado</i>				

Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: /						
Departamento: <i>Financiero</i>						
Cargo: <i>Lider de Contabilidad</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbro	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?					<i>4 años</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?					<i>Al mouse</i>
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>Tesorería</i>						
Cargo: <i>Asistente de Tesorería</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>8 meses</i>	<i>6 meses</i>	<i>9 meses</i>		<i>8 años</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Trabajo</i>	<i>Trabajo</i>	<i>Trabajo</i>		<i>Accidente</i>
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL  
DEL CANTÓN PUJILÍ



CUESTIONARIO NÓRDICO

Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Departamento: *CONTABILIDAD*

Cargo: *ANALISTA JUNIOR CONTABLE*

#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	<i>1</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input checked="" type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?				<i>mobilario inadecuado</i>	
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <u>Financiera – Unidad de Contabilidad</u>						
Cargo: <u>Auxiliar Contable</u>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?					
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?					
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ CUESTIONARIO NÓRDICO Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <u>FINANCIERO</u>						
Cargo: <u>ASISTENTE</u>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<u>1</u>	<u>1</u>		<u>2</u>	<u>2</u>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 scm. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<u>KALCA POR FICION DE CUELLO</u>				
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL  
DEL CANTÓN PUJILÍ

CUESTIONARIO NÓRDICO

Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN



Nombre: \_\_\_\_\_  
Departamento: Financiero  
Cargo: Asistente de Rentas

#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<u>6 meses</u>		<u>6 meses</u>		
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>				
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>				
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?					

Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NORDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>Dirección Gestión Ambiental</i>						
Cargo: <i>Asistente Administrativo</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>6 m</i>				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input checked="" type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Mal Posturo</i>				
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL  
DEL CANTÓN PUJILÍ



CUESTIONARIO NÓRDICO  
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueleticos (TME)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Departamento: *Gestión ambiental*

Cargo: *Veterinario*

#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input checked="" type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>3 años</i>	<i>2 años</i>			
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Estres</i>	<i>Estres</i>			

Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Registro de la Propiedad</i>						
Cargo: <i>Oficial de Cumplimientos</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?		<i>3 meses</i>			
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?		<i>Mucho tiempo frente al computador.</i>			
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre:						
Departamento: <i>Registro de la Propiedad y Mercantil del Cantón Pujilí</i>						
Cargo: <i>Digitadora.</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>hace 4 meses</i>				<i>hace 4 meses</i>
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>Arqueo protector de pantalla</i>				<i>Trenado de teclado.</i>
Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.						
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN						

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN PUJILÍ						
CUESTIONARIO NÓRDICO						
Encuesta de Trastornos Músculo Esqueléticos (TME)						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN						
Nombre: _____						
Departamento: <i>Registro de la Propiedad</i>						
Cargo: <i>Responsable de Inscripciones</i>						
#	PREGUNTAS	Cuello	Hombro	Dorso o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
1	¿Ha tenido molestias en...?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> izq. <input type="checkbox"/> der. <input type="checkbox"/>
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
2	¿Desde hace cuánto tiempo?	<i>1 año</i>				
3	¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
4	¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
<b>Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta</b>						
5	¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1-7días <input checked="" type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>	1-7días <input type="checkbox"/> 8-30días <input type="checkbox"/> >30 días <input type="checkbox"/> seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/>
6	¿Cuánto tiempo dura cada episodio?	< 1h <input checked="" type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	< 1h <input type="checkbox"/> 1-24h <input type="checkbox"/> 1-7días <input type="checkbox"/> 1-4sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
7	¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 sem. <input type="checkbox"/> >1 mes <input type="checkbox"/>
8	¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
9	¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
10	Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
11	¿A qué atribuye estas molestias?	<i>En el soporte de trabajo me hay desajustes con una actividad de cernidos.</i>				
<b>Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja.</b>						
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>						

Anexo 10 Tabla de distribución del Chi cuadrado

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0069	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3909	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
30	59,7022	56,3325	53,6719	50,8922	46,9792	43,7730	40,2560	37,9902	36,2502	34,7997	33,5302	32,3815	31,3159	30,3073	29,3360
31	61,0980	57,6921	55,0025	52,1914	48,2319	44,9853	41,4217	39,1244	37,3591	35,8871	34,5981	33,4314	32,3486	31,3235	30,3359
32	62,4873	59,0461	56,3280	53,4857	49,4804	46,1942	42,5847	40,2563	38,4663	36,9730	35,6649	34,4804	33,3809	32,3394	31,3359
33	63,8694	60,3953	57,6483	54,7754	50,7251	47,3999	43,7452	41,3861	39,5718	38,0575	36,7307	35,5287	34,4126	33,3551	32,3358
34	65,2471	61,7382	58,9637	56,0609	51,9660	48,6024	44,9032	42,5140	40,6756	39,1408	37,7954	36,5763	35,4438	34,3706	33,3357
35	66,6192	63,0760	60,2746	57,3420	53,2033	49,8018	46,0588	43,6399	41,7780	40,2228	38,8591	37,6231	36,4746	35,3858	34,3356
36	67,9850	64,4097	61,5811	58,6192	54,4373	50,9985	47,2122	44,7641	42,8788	41,3036	39,9220	38,6693	37,5049	36,4008	35,3356
37	69,3476	65,7384	62,8832	59,8926	55,6680	52,1923	48,3634	45,8864	43,9782	42,3833	40,9839	39,7148	38,5348	37,4156	36,3355
38	70,7039	67,0628	64,1812	61,1620	56,8955	53,3835	49,5126	47,0072	45,0763	43,4619	42,0450	40,7597	39,5643	38,4302	37,3354
39	72,0550	68,3830	65,4753	62,4281	58,1201	54,5722	50,6598	48,1263	46,1730	44,5395	43,1053	41,8040	40,5935	39,4446	38,3354
40	73,4029	69,6987	66,7660	63,6908	59,3417	55,7585	51,8050	49,2438	47,2685	45,6160	44,1649	42,8477	41,6222	40,4589	39,3353
45	80,0776	76,2229	73,1660	69,9569	65,4101	61,6562	57,5053	54,8105	52,7288	50,9849	49,4517	48,0584	46,7607	45,5274	44,3351
50	86,6603	82,6637	79,4898	76,1538	71,4202	67,5048	63,1671	60,3460	58,1638	56,3336	54,7228	53,2576	51,8916	50,5923	49,3349
55	93,1671	89,0344	85,7491	82,2920	77,3804	73,3115	68,7962	65,8550	63,5772	61,6650	59,9804	58,4469	57,0160	55,6539	54,3348
60	99,6078	95,3443	91,9518	88,3794	83,2977	79,0820	74,3970	71,3411	68,9721	66,9815	65,2265	63,6277	62,1348	60,7128	59,3347
70	112,3167	107,8079	104,2148	100,4251	95,0231	90,5313	85,5270	82,2553	79,7147	77,5766	75,6893	73,9677	72,3583	70,8236	69,3345
80	124,8389	120,1018	116,3209	112,3288	106,6285	101,8795	96,5782	93,1058	90,4053	88,1303	86,1197	84,2840	82,5663	80,9266	79,3343
90	137,2082	132,2554	128,2987	124,1162	118,1359	113,1452	107,5650	103,9040	101,0537	98,6499	96,5238	94,5809	92,7614	91,0234	89,3342
100	149,4488	144,2925	140,1697	135,8069	129,5613	124,3421	118,4980	114,6588	111,6667	109,1412	106,9058	104,8615	102,9459	101,1149	99,3341
120	173,6184	168,0814	163,6485	158,9500	152,2113	146,5673	140,2326	136,0620	132,8063	130,0546	127,6159	125,3833	123,2890	121,2850	119,3340
140	197,4498	191,5653	186,8465	181,8405	174,6478	168,6130	161,8270	157,3517	153,8537	150,8941	148,2686	145,8629	143,6043	141,4413	139,3339
160	221,0197	214,8081	209,8238	204,5300	196,9152	190,5164	183,3106	178,5517	174,8283	171,6752	168,8759	166,3092	163,8977	161,5868	159,3338
180	244,3723	237,8548	232,6198	227,0563	219,0442	212,3039	204,7036	199,6786	195,7434	192,4086	189,4462	186,7282	184,1732	181,7234	179,3338
200	267,5388	260,7350	255,2638	249,4452	241,0578	233,9942	226,0210	220,7441	216,6088	213,1022	209,9854	207,1244	204,4337	201,8526	199,3337
250	324,8306	317,3609	311,3460	304,9393	295,6885	287,8815	279,0504	273,1944	268,5987	264,6970	261,2253	258,0355	255,0327	252,1497	249,3337
300	381,4239	373,3509	366,8439	359,9064	349,8745	341,3951	331,7885	325,4090	320,3971	316,1383	312,3460	308,8589	305,5741	302,4182	299,3336
500	603,4458	593,3580	585,2060	576,4931	563,8514	553,1269	540,9303	532,8028	526,4014	520,9505	516,0874	511,6081	507,3816	503,3147	499,3335
600	712,7726	701,8322	692,9809	683,5155	669,7690	658,0936	644,8004	635,9329	628,8157	622,9876	617,6713	612,7718	608,1468	603,6942	599,3335

v/p	0,55	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	0,975	0,99	0,995	0,9975	0,999
1	0,3573	0,2750	0,2059	0,1485	0,1015	0,0642	0,0358	0,0158	0,0039	0,0010	0,0002	0,0000	0,0000	0,0000
2	1,1957	1,0217	0,8616	0,7133	0,5754	0,4463	0,3250	0,2107	0,1026	0,0506	0,0201	0,0100	0,0050	0,0020
3	2,1095	1,8692	1,6416	1,4237	1,2125	1,0052	0,7978	0,5844	0,3518	0,2158	0,1148	0,0717	0,0449	0,0243
4	3,0469	2,7528	2,4701	2,1947	1,9226	1,6488	1,3665	1,0636	0,7107	0,4844	0,2971	0,2070	0,1449	0,0908
5	3,9959	3,6555	3,3251	2,9999	2,6746	2,3425	1,9938	1,6103	1,1455	0,8312	0,5543	0,4118	0,3075	0,2102
6	4,9519	4,5702	4,1973	3,8276	3,4546	3,0701	2,6613	2,2041	1,6354	1,2373	0,8721	0,6757	0,5266	0,3810
7	5,9125	5,4932	5,0816	4,6713	4,2549	3,8223	3,3583	2,8331	2,1673	1,6899	1,2390	0,9893	0,7945	0,5985
8	6,8766	6,4226	5,9753	5,5274	5,0706	4,5936	4,0782	3,4895	2,7326	2,1797	1,6465	1,3444	1,1042	0,8571
9	7,8434	7,3570	6,8763	6,3933	5,8988	5,3801	4,8165	4,1682	3,3251	2,7004	2,0879	1,7349	1,4501	1,1519
10	8,8124	8,2955	7,7832	7,2672	6,7372	6,1791	5,5701	4,8652	3,9403	3,2470	2,5582	2,1558	1,8274	1,4787
11	9,7831	9,2373	8,6952	8,1479	7,5841	6,9887	6,3364	5,5778	4,5748	3,8157	3,0535	2,6032	2,2321	1,8338
12	10,7553	10,1820	9,6115	9,0343	8,4384	7,8073	7,1138	6,3038	5,2260	4,4038	3,5706	3,0738	2,6612	2,2141
13	11,7288	11,1291	10,5315	9,9257	9,2991	8,6339	7,9008	7,0415	5,8919	5,0087	4,1069	3,5650	3,1118	2,6172
14	12,7034	12,0785	11,4548	10,8215	10,1653	9,4673	8,6963	7,7895	6,5706	5,6287	4,6604	4,0747	3,5820	3,0407
15	13,6790	13,0298	12,3809	11,7212	11,0365	10,3070	9,4993	8,5468	7,2609	6,2621	5,2294	4,6009	4,0697	3,4825
16	14,6555	13,9827	13,3096	12,6243	11,9122	11,1521	10,3090	9,3122	7,9616	6,9077	5,8122	5,1422	4,5734	3,9417
17	15,6328	14,9373	14,2406	13,5307	12,7919	12,0023	11,1249	10,0852	8,6718	7,5642	6,4077	5,6973	5,0916	4,4162
18	16,6108	15,8932	15,1738	14,4399	13,6753	12,8570	11,9462	10,8649	9,3904	8,2307	7,0149	6,2648	5,6234	4,9048
19	17,5894	16,8504	16,1089	15,3517	14,5620	13,7158	12,7727	11,6509	10,1170	8,9065	7,6327	6,8439	6,1673	5,4067
20	18,5687	17,8088	17,0458	16,2659	15,4518	14,5784	13,6039	12,4426	10,8508	9,5908	8,2604	7,4338	6,7228	5,9210
21	19,5485	18,7683	17,9843	17,1823	16,3444	15,4446	14,4393	13,2396	11,5913	10,2829	8,8972	8,0336	7,2889	6,4467
22	20,5288	19,7288	18,9243	18,1007	17,2396	16,3140	15,2787	14,0415	12,3380	10,9823	9,5425	8,6427	7,8648	6,9829
23	21,5095	20,6902	19,8657	19,0211	18,1373	17,1865	16,1219	14,8480	13,0905	11,6885	10,1957	9,2604	8,4503	7,5291
24	22,4908	21,6525	20,8084	19,9432	19,0373	18,0618	16,9686	15,6587	13,8484	12,4011	10,8563	9,8862	9,0441	8,0847
25	23,4724	22,6156	21,7524	20,8670	19,9393	18,9397	17,8184	16,4734	14,6114	13,1197	11,5240	10,5196	9,6462	8,6494
26	24,4544	23,5794	22,6975	21,7924	20,8434	19,8202	18,6714	17,2919	15,3792	13,8439	12,1982	11,1602	10,2561	9,2222
27	25,4367	24,5440	23,6437	22,7192	21,7494	20,7030	19,5272	18,1139	16,1514	14,5734	12,8785	11,8077	10,8733	9,8029
28	26,4195	25,5092	24,5909	23,6475	22,6572	21,5880	20,3857	18,9392	16,9279	15,3079	13,5647	12,4613	11,4973	10,3907
29	27,4025	26,4751	25,5391	24,5770	23,5666	22,4751	21,2468	19,7677	17,7084	16,0471	14,2564	13,1211	12,1278	10,9861

v/p	0,55	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	0,975	0,99	0,995	0,9975	0,999
30	28,3858	27,4416	26,4881	25,5078	24,4776	23,3641	22,1103	20,5992	18,4927	16,7908	14,9535	13,7867	12,7646	11,5876
31	29,3694	28,4087	27,4381	26,4397	25,3901	24,2551	22,9762	21,4336	19,2806	17,5387	15,6555	14,4577	13,4073	12,1961
32	30,3533	29,3763	28,3889	27,3728	26,3041	25,1478	23,8442	22,2706	20,0719	18,2908	16,3622	15,1340	14,0555	12,8104
33	31,3375	30,3444	29,3405	28,3069	27,2194	26,0422	24,7143	23,1102	20,8665	19,0467	17,0735	15,8152	14,7092	13,4312
34	32,3219	31,3130	30,2928	29,2421	28,1361	26,9383	25,5864	23,9522	21,6643	19,8062	17,7891	16,5013	15,3679	14,0568
35	33,3065	32,2821	31,2458	30,1782	29,0540	27,8359	26,4604	24,7966	22,4650	20,5694	18,5089	17,1917	16,0315	14,6881
36	34,2913	33,2517	32,1995	31,1152	29,9730	28,7350	27,3363	25,6433	23,2686	21,3359	19,2326	17,8868	16,7000	15,3243
37	35,2764	34,2216	33,1539	32,0532	30,8933	29,6355	28,2138	26,4921	24,0749	22,1056	19,9603	18,5859	17,3730	15,9652
38	36,2617	35,1920	34,1089	32,9919	31,8146	30,5373	29,0931	27,3430	24,8839	22,8785	20,6914	19,2888	18,0501	16,6109
39	37,2472	36,1628	35,0645	33,9315	32,7369	31,4405	29,9739	28,1958	25,6954	23,6543	21,4261	19,9958	18,7318	17,2612
40	38,2328	37,1340	36,0207	34,8719	33,6603	32,3449	30,8563	29,0505	26,5093	24,4331	22,1642	20,7066	19,4171	17,9166
45	43,1638	41,9950	40,8095	39,5847	38,2910	36,8844	35,2895	33,3504	30,6123	28,3662	25,9012	24,3110	22,8994	21,2509
50	48,0986	46,8638	45,6100	44,3133	42,9421	41,4492	39,7539	37,6886	34,7642	32,3574	29,7067	27,9908	26,4636	24,6736
55	53,0367	51,7391	50,4204	49,0554	47,6105	46,0356	44,2448	42,0596	38,9581	36,3981	33,5705	31,7349	30,0974	28,1731
60	57,9775	56,6200	55,2394	53,8091	52,2938	50,6406	48,7587	46,4589	43,1880	40,4817	37,4848	35,5344	33,7909	31,7381
70	67,8664	66,3961	64,8990	63,3460	61,6983	59,8978	57,8443	55,3289	51,7393	48,7575	45,4417	43,2753	41,3323	39,0358
80	77,7631	76,1879	74,5825	72,9153	71,1445	69,2070	66,9938	64,2778	60,3915	57,1532	53,5400	51,1719	49,0430	46,5197
90	87,6661	85,9925	84,2854	82,5111	80,6247	78,5584	76,1954	73,2911	69,1260	65,6466	61,7540	59,1963	56,8918	54,1559
100	97,5744	95,8078	94,0046	92,1290	90,1332	87,9453	85,4406	82,3581	77,9294	74,2219	70,0650	67,3275	64,8571	61,9182
120	117,4041	115,4646	113,4825	111,4186	109,2197	106,8056	104,0374	100,6236	95,7046	91,5726	86,9233	83,8517	81,0726	77,7555
140	137,2476	135,1491	133,0028	130,7657	128,3800	125,7580	122,7476	119,0293	113,6594	109,1368	104,0343	100,6547	97,5908	93,9253
160	157,1019	154,8555	152,5564	150,1583	147,5988	144,7834	141,5475	137,5457	131,7560	126,8700	121,3457	117,6791	114,3496	110,3592
180	176,9652	174,5799	172,1373	169,5879	166,8653	163,8682	160,4206	156,1526	149,9687	144,7413	138,8205	134,8843	131,3050	127,0114
200	196,8359	194,3193	191,7409	189,0486	186,1717	183,0028	179,3550	174,8353	168,2785	162,7280	156,4321	152,2408	148,4262	143,8420
250	246,5387	243,7202	240,8297	237,8085	234,5768	231,0128	226,9048	221,8059	214,3915	208,0978	200,9387	196,1604	191,8020	186,5537
300	296,2700	293,1786	290,0062	286,6878	283,1353	279,2143	274,6901	269,0679	260,8781	253,9122	245,9727	240,6631	235,8126	229,9620
500	495,3734	491,3709	487,2569	482,9462	478,3231	473,2099	467,2962	459,9261	449,1467	439,9360	429,3874	422,3034	415,8081	407,9458
600	594,9938	590,6057	586,0930	581,3623	576,2859	570,6681	564,1661	556,0560	544,1801	534,0185	522,3654	514,5285	507,3385	498,6219