|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMATO AUTOREPORTE CONDICIONES DE TRABAJO REMOTO-TRABAJO EN CASA** | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **INFORMACION GENERAL** | | | | | | | Nombre Completo del Funcionario (a) |  | | Cédula |  | | | Cargo |  | Código |  | Grado |  | | Dependencia |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **LUGAR PARA TRABAJO EN CASA** | | | | | | | | Dirección |  | | | | | | | Barrio |  | | | Ciudad |  | | | Tipo de inmueble |  | Ubicación del área de trabajo dentro del inmueble |  | Espacio disponible para trabajo en casa | | m2 | | | | | | | | | | |
| **CONDICIONES DEL ENTORNO** | | | | | | | | | |
| **IDENTIFIACION RIESGO ERGONOMICO** | | | | | | | | | |
| **ASPECTO** | **ELEMENTOS A VERIFICAR** | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **CUMPLE** | | | **OBSERVACIONES** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | |
| **SI** | **NO** | **NA** | **SI** | **NO** | **NA** |  |
| PUESTO DE TRABAJO | ¿Los elementos de trabajo más usados se encuentran ubicados a menos de 25 cm de distancia de alcance? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Para el desarrollo de actividades laborales, el espacio dispuesto en la residencia cumple con las dimensiones necesarias (trabajo de oficina en posición sentado), mínimo 150 cm de ancho por 150 cm de largo? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿La ubicación del puesto de trabajo permite movilidad en la silla? Verificar que el espacio de movilidad de la silla sea de 80 cm o más |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El escritorio permite ajustar el teclado de modo que se obtenga una posición cómoda al digitar, manteniendo la mano, muñeca y brazo en línea recta con buen espacio delante del teclado para descansar las manos? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El mouse lo ubica al lado del teclado y no en otro nivel del escritorio de modo que se pueda alcanzar fácilmente y con la muñeca recta? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El escritorio permite un buen espacio para los miembros inferiores y la facilidad de movimiento? Espacio de 60 cm como mínimo. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Cuenta con una silla ergonómica tipo secretarial, ajustable en altura, sin apoyabrazos, con rodachinas? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿La altura de la pantalla del computador está a nivel del ángulo de visión? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Cuenta con computador convencional (monitor, teclado, mouse) o en caso de utilizar portátil, cuenta con elementos adecuados para tener una adecuada higiene postural (base para portátil, teclado y mouse adicional)? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El mobiliario con el que cuenta permite mantener ángulo de 90º en miembros superiores e inferiores durante los procesos de digitación y apoyo completo de la espalda en el espaldar de la silla? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Cuenta con los elementos de confort ergonómico (base para pantalla, apoya pies), para mantener postura dentro de los ángulos de confort? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Posee hábitos de realizar pausas activas de 5 minutos por cada 2 horas de trabajo repetitivo? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IDENTIFICACION DE RIESGO FISICO** | | | | | | | | | |
| **ASPECTO** | **ELEMENTOS A VERIFICAR** | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **CUMPLE** | | | **OBSERVACIONES** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | |
| **SI** | **NO** | **NA** | **SI** | **NO** | **NA** |  |
| ILUMINACION | ¿El Area de trabajo cuenta con Luminarias y soportes en buen estado y suficientes? Describa si se percibe exceso o ausencia |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El Area de Trabajo cuenta con Iluminación Natural y/o artificial adecuada? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La intensidad lumínica en el área permite leer sin ninguna dificultad? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La luz natural y/o artificial permite visualizar la pantalla del computador sin generar fatiga visual por reflejos, vidrios o pantallas? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| La lámpara del techo en el área de trabajo con relación a la ubicación de la silla de trabajo, se ubica detrás de ésta? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RUIDO | ¿En el área de trabajo hay ausencia de fuentes generadoras de ruido? Si la respuesta es SI, describa la fuente. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El ruido externo (vehículos, vecinos, locales comerciales, residencias entre otros) permite realizar el trabajo sin interferencia? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Control adecuado del ruido en el área de trabajo (Ejemplo: tono de voz adecuado, música a bajo volumen, timbres de teléfonos celulares bajos) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VENTILACION | El área de trabajo tiene ventilación natural? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El área de trabajo tiene ventilación combinada (natural y artificial?) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IDENTIFICACION RIESGO CONDICIONES DE SEGURIDAD** | | | | | | | | | |
| **ASPECTO** | **ELEMENTOS A VERIFICAR** | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **CUMPLE** | | | **OBSERVACIONES** | **CUMPLE** | |  | |
| **SI** | **NO** | **NA** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| TECHO | ¿El techo del área de trabajo está en buenas condiciones? (Sin humedades, grietas o comején si fuese de madera) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PAREDES | ¿Las paredes están en buenas condiciones? (Sin grietas ni humedades) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Los cuadros, repisas o demás objetos anclados en el área de trabajo son seguros? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ZONA DE CIRCULACION | ¿Los espacios destinados para la entrada y salida del área de trabajo están libres de obstáculos? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ZONAS COMUNES | ¿El ingreso al área definida para trabajo en casa es seguro? Describa en observaciones cuál es el acceso, si es por escaleras, corredor, rampa, mezanine, balcones |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los Pasillos y áreas de transito están libres de obstáculos? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ORDEN Y ASEO | El área de trabajo está en condiciones óptimas de orden y aseo? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Si el escritorio cuenta con cajonera, los elementos de trabajo son almacenados en ella y el espacio es suficiente? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PISOS | Los pisos del área de trabajo son planos? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| El piso está libre de obstáculos y desperdicios? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El material del piso está en buenas condiciones? Describa en observaciones el tipo de material del piso en el área de trabajo (cerámica, madera o alfombra). |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Las rodachinas de la silla son adaptables al piso en el área definida para trabajo en casa? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ESCALERAS | ¿Las escaleras se encuentran en buen estado? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Las escalas y balcones cumplen con pasamanos, bandas o piso antideslizante y el tamaño de huella en la escala es suficiente para la mayoría de las personas? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El material y diseño de las escaleras es antideslizante? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Las escaleras están libres de obstáculos? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se cuenta con doble pasamanos? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PUERTAS | ¿Las diferentes puertas que tiene el área de trabajo están en buen estado y funcionan normalmente? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IDENTIFICACION RIESGO ELECTRICO** | | | | | | | | | |
| **ASPECTO** | **ELEMENTOS A VERIFICAR** | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **CUMPLE** | | | **OBSERVACIONES** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | |
| **SI** | **NO** | **NA** | **SI** | **NO** | **NA** |  |
| EQUIPOS E INSTALACIONES ELECTRICAS | Los equipos en el área de Trabajo tienen conexión a tierra? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Los cables se encuentran organizados y con canaletas de protección? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Los enchufes y tomacorrientes del área de trabajo no están sobrecargados o con muchas conexiones? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Las cajas de interruptores están cubiertos? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hay ausencia de empalmes (uniones) en cables eléctricos? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IDENTIFICACION RIESGO DE INCENDIO Y EXPLOSION** | | | | | | | | | |
| **ASPECTO** | **ELEMENTOS A VERIFICAR** | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **CUMPLE** | | | **OBSERVACIONES** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | |
| **SI** | **NO** | **NA** | **SI** | **NO** | **NA** |  |
| EMERGENCIA | ¿Conoce los procedimientos para actuar en caso de una emergencia en el lugar definido para el teletrabajo? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Cuenta con medios de extinción o extintor? ¿Interno y/o externos en zonas comunes? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Conoce el procedimiento para uso y manejo de extintores? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿En el lugar definido para el teletrabajo se han eliminado almacenamientos de líquidos o sólidos combustibles? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Cuenta con botiquín básico de primeros auxilios? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Conoce el plan de emergencia de su localidad? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uso correcto y ergonómico de elementos de trabajo: puestos de trabajo, sillas, herramientas de trabajo. |  |  |  | | | | | |
| **IDENTIFIACION RIESGO BIOLOGICO** | | | | | | | | | |
| **ASPECTO** | **ELEMENTOS A VERIFICAR** | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **CUMPLE** | | | **OBSERVACIONES** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | |
| **SI** | **NO** | **NA** | **SI** | **NO** | **NA** |  |
| CONDICIONES HIGIENICAS | ¿El área definida para teletrabajo es un ambiente libre de virus, bacterias, hongos, insectos y roedores? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FLUIDOS BIOLOGICOS | ¿En el área de trabajo no hay contacto con fluidos biológicos? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD** | | | | | | | | | |
| **ASPECTO** | **ELEMENTOS A VERIFICAR** | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **CUMPLE** | | | **OBSERVACIONES** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | |
| **SI** | **NO** | **NA** | **SI** | **NO** | **NA** |  |
| 1 | En el área de Trabajo aplica los protocolos de Bioseguridad? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)** | | | | | | | | | |
| **ASPECTO** | **ELEMENTOS A VERIFICAR** | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **CUMPLE** | | | **OBSERVACIONES** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** | |
| **SI** | **NO** | **NA** | **SI** | **NO** | **NA** |  |
| 1 | En el área de trabajo utiliza elementos de protección personal y de bioseguridad? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATOS DEL RESPONSABLE** | | **AUTOREPORTE** | | | | **INSPECCION SST** | | | |
| **NOMBRE DE RESPONSABLE** | |  | | | |  | | | |
| **CARGO** | |  | | | |  | | | |
| **FIRMA** | |  | | | |  | | | |
| **FECHA** | |  | | | |  | | | |