***1. DATOS DE LA EMPRESA [[1]](#footnote-1)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razón social: | | | | | | | |
| NIF: | | | | | | | |
| Actividad principal: | | | Sector actividad: | | | | |
| Domicilio social: | | | | | | | |
| Persona de contacto y cargo: | | | | | | | |
| Antigüedad en la empresa: | | | | | | | |
| Teléfono: | | | Email: | | | | |
| Web: | | | | | | | |
| N º total de personas en plantilla: | N º mujeres en la empresa: | | N º hombres en la empresa: | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| N º mujeres contrato tiempo completo: | |  | N º hombres contrato tiempo completo: | | |  | |
| N º mujeres en puestos de responsabilidad: | |  | N º hombres en puestos de responsabilidad: | | |  | |
| ¿Ha participado en otra convocatoria Boadilla Concilia? INDICAR AÑO | | | | | | | |
| Cuenta su empresa con un Plan de Igualdad: | | | SI | | NO | | |
|  | |  | | |
| ¿Ha realizado en los últimos 3 años un estudio de salarios o retribuciones? | | | SI | | NO | | |
|  | |  | | |
| ¿Cree que la desigualdad salarial puede afectar al clima laboral? | | | SI | | NO | | |
|  | |  | | |
| ¿Qué jornada que se realiza en su empresa? | | | CONTINUA | PARTIDA | | | TURNOS |
|  |  | | |  |
| ¿La conciliación de la vida laboral, personal y familiar plantea dificultades a las mujeres y los hombres de su plantilla? | | | Mujeres | | Hombres | | |
| Muchas | | Muchas | | |
| Pocas | | Pocas | | |
| Ninguna | | Ninguna | | |
| NS/NC | | NS/NC | | |
| ¿Cuenta su empresa con un plan de conciliación? | | | SI | | NO | | |
|  | |  | | |
| ¿Ha recibido su empresa distintivos relacionados con la igualdad de oportunidades? ¿Cuáles? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

**2*. MEDIDAS IMPLANTADAS EN SU EMPRESA***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FLEXIBILIDAD ORGANIZATIVA. EQUILIBRIO PERSONAL Y PROFESIONAL** | **SI** | **NO** | **PERSONAS ACOGIDAS A LA MEDIDA** | |
| **MUJERES** | **HOMBRES** |
| Flexibilidad en la entrada y salida del trabajo (todos los días) |  |  |  |  |
| Flexibilidad en la entrada y salida del trabajo (algunos días) |  |  |  |  |
| Flexibilidad en los días de permiso y vacaciones |  |  |  |  |
| Tiempo libre para asuntos propios o personales |  |  |  |  |
| Abandono del lugar de trabajo por emergencia familiar |  |  |  |  |
| Cambio del turno de trabajo por motivos personales |  |  |  |  |
| Banco de tiempo o bolsa de horas |  |  |  |  |
| Jornada laboral reducida |  |  |  |  |
| Trabajo a tiempo parcial |  |  |  |  |
| Trabajo desde casa (teletrabajo) |  |  |  |  |
| Permiso o excedencias por maternidad más allá de lo estipulado por Ley (16 semanas) |  |  |  |  |
| Permiso o excedencias por paternidad más allá de lo estipulado por Ley (8 semanas) |  |  |  |  |
| Otros permisos (lactancia, guarda legal o paternidad) más allá de lo estipulado por Ley |  |  |  |  |
| Ayudas económicas para la guardería, residencia de la tercera edad, etc. |  |  |  |  |
| Cheques restaurante o gasolina u otras ayudas para comida o transporte |  |  |  |  |
| Formación a cargo de la empresa dentro del horario laboral |  |  |  |  |
| Acciones conjuntas -dirección-plantilla- que involucren a toda la empresa. |  |  |  |  |
| Programación de las reuniones con orden del día prefijado y control del tiempo. |  |  |  |  |
| Fomento de la corresponsabilidad con acciones positivas a los hombres |  |  |  |  |
| Formación específica en   * gestión del tiempo, * gestión del estrés, * igualdad de oportunidades, * responsabilidad social. |  |  |  |  |
| ¿Antes de participar en este proyecto tenía en cuenta estas cuestiones? |  |  |  |  |
| ¿Cómo se informa regularmente a la plantilla acerca de dichas medidas? | | | | |
|  | | | | |

**3. empresas que han participado en más de una ocasión en el Programa Boadilla Concilia**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuántos años ha participado en el programa de Boadilla Concilia? |  |

|  |
| --- |
| ¿Qué medidas continúa realizando? |
|  |
| ¿Cuáles son los mayores obstáculos que ha encontrado para realizarlas? |
|  |
| ¿Qué medidas de los anteriores programas has dejado de realizar? |
|  |
| ¿Cuáles han sido las razones para eliminar estas medidas? |

|  |
| --- |
| ¿Qué beneficios has notado al implantar estas medidas? |
|  |
| ¿Ha implantado alguna nueva medida? ¿Cual? |
|  |

1. Por favor, envíenos el logo de su empresa. [↑](#footnote-ref-1)