1254

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD DOCUMENTOS DE USO GENERAL FORMATO SEPARADOR DE ACTIVIDADES
Versión: 0	Vigencia:

OBLIGACIÓN: # 9. Realizar, 20 visitas de campo a los acueductos rurales asignados, para conocer las condiciones de funcionamiento sanitarios, según los lineamientos de la secretaria de salud departamental, emitiendo el informe pertinente. Producto: visitas a acueductos rurales Frecuencia: según plan de trabajo concertado con el supervisor y referente del programa. Evidencias: informe de visita y registro fotográfico

SOPORTES ENTREGADOS:

SOPORTE	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACION
Actas de visita ATT, IVC	X			
Acta de reunión				
Registro Fotográfico	X			
Registros o listados de Asistencia				
Formatos de evaluación de capacitaciones				
Tabulación de evaluación				
Otro: cuál? TRACK	X			wikiloc
Otro: cuál? _____	**X**			Formato caracterización trabajadores informales
Otro: cuál? _____				

CONTRATISTA RESPONSABLE: Hugo A. Calle A

1255

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTION EN SALUD SALUD PUBLICA FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE SUJETOS DE INTERÉS SANITARIO
Versión : 00	Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental:		Número consecutivo	

Fecha de diligenciamiento:	23	05	2022	No único de inscripción	66	682			21
					Depto.	Mpio	No	Prog	Año

I. Información general:

En la medida de lo posible deberá garantizarse la completitud y veracidad de la información aquí consignada.

Municipio (*): Apía Programa (*): [redacted] Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Acueducto Rural El Cas[redacted]o Dirección: [redacted]

Teléfono: 31[redacted] Email: [redacted] NIT: [redacted]

Representante legal: Gabriel Vélez [redacted] Identificación: 4[redacted]

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 01 mes 01 Año 1998 Antigüedad: 24 Años

Concepto sanitario: S N No: [redacted] Concepto (*): [redacted] Fecha: d m a

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: L M M J V S D Horario de trabajo: [redacted] a [redacted] Am [redacted] a [redacted] Pm

Turnos: S N Especificar. Día S N Noche: S N Horario [redacted] a [redacted] Am [redacted] a [redacted] Pm

Número de trabajadores: 1 Administrativos: [redacted] Operarios: 1 H 1 M [redacted]

Días de recolección de basuras: L M M J V S D Frecuencia/semanal: 1 2 3 Diaria

Seguridad social:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja.

Salud X N EPS: Salud Total ARL S N Cuál? [redacted]

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a	
Cámara de comercio:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a	
Certificado de Bomberos:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a	
Certificado de fumigación:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a	
Contrato Resid especiales:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a	
Días de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal:	1 2 3 Diaria			
Plan vertimientos CARDER	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a	
Plan gestión resid. PGIRHS:	S N	Especifique:	No [redacted]	Fecha:	d m a	

IV. Declaración de servicios prestados: Ejemplo: droguería, venta medicamentos de control, inyectología, glucometría, fotocopias, alimentos

Servicio Acueducto Rural

IV b. Emplea Sustancias químicas S N Cuáles? Ejemplo: cloro, gasolina, ACPM, formol

Cloro - Retraguate

V. Recurso humano: listado de personal que labora en el establecimiento:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Nombre y apellidos	Género	No Identificación	Cargo/funciones
Gabriel Veragara	M F	4351117	Servicios Generales
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

Ejemplo cargo: Servicios generales | Preparación de cadáveres | Conductor - disector | Administración | Manipulación de alimentos | Conductor | Vendedor | Director técnico

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos | Recolección de cadáveres | Transporte de personal | Domicilios | Carrozas fúnebres | Recolección de residuos | Transporte de materiales

VII. Nombre(s) de responsable(s) de programas específicos:

Riesgos profesionales: | Nivel de riesgo según la ARL: 1 2 3 4 5 No sabe ( )

Nombre:		Licencia SST	S N #
Identificación:		Vigía SST:	S N
Cargo:		COPASST:	S N

VIII. Personal asignado para la atención de visitas ante la Secretaria de Salud Departamental:

Nombre:	Gabriel Antonio Veragara	Nombre:	
Identificación:	4351117	Identificación:	
Cargo:	Representante Acreditado	Cargo:	
Teléfono:	3116210956	Teléfono:	

IX: Días a la semana propuestos para la atención de visitas, reuniones y capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Departamental:

Número de la semana al mes	Día de la semana	Horario de la visita, reuniones, capacitaciones:	
1 2 3 4 5	L M M J V	Am	Pm

Formato diligenciado por:		Formato recibido por:	
Fecha:	Día Mes Año	Fecha:	Día Mes Año
Nombre		Nombre	
Cargo	Técnico Operativo	Cargo (*)	

X. Estado final (*): Devuelto incompleto | Recibido | Aprobado

1256

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01	Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y - M M - D D: 2022 - 05 - 23

2 Hora de inicio (HH:MM): H H : M M: 08 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H : M M: 08 : 30

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 1853377 88

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Vergara

7 (5) Segundo apellido: Florez

8 (6) Primer nombre: Gabriel

9 (7) Segundo nombre: Antonio

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 435117

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y - M M - D D: 1957 - 09 - 30

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda El Carmelo

18 (12) Dirección residencia: Finca La Pedrera

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3116310956

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Vereda El Carmelo

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Vereda El Carmelo

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?

Si [ ] No [X] Cuál? _____

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente?

Casado [X] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta	X	Técnico		Ninguno	
Primaria completa		Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 1

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIOECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio		Manufactura		Construccion	X	ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria	X	Estacionaria		NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	X

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si		No	X	39,4) Gas	Si		No X
39,2 (32) Acueducto	Si		No	X				
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	X				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [ ] No [X]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 24

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 5

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	2	X	4	5	6	7

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

1257

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud Total

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 0 7 7

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 1 6 2

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ][ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ][ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ][ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ][ ][ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [ ] NO [X]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [X] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

CONDICIÓN DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] Regular [ ] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][6]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo**(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó?**(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra Agentes no clasificados	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]		
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

Exposicion o contacto con temperatura extrema [ ] Exposicion o contacto con la electricidad [ ] NoRegistra [ ] 1258

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras [ ]

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78)** No sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento [ ] Falta de tiempo [ ] Poca importancia [ ] NoRegistra [ ]

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia [ ] Conocido [ ] Drogueria [ ] Hospital [ ] NoRestra [ ]

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital [ ] Puesto de salud [ ] Farmacia [ ] Consultorio particular [ ]
Curandero [ ] Usted mismo o familiar [ ] Ninguno [ ]

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? **(permite el valor 0)** Cantidad Dias [ ]

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabajadores informales [ ] Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]
El trabajador o la familia [ ] Otro [ ] NoRegistro [ ]

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?**(si marco NO pasar a la preg.85)** SI [ ] NO [X]

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? **(si marco NO pasar a la preg.87)** SI [ ] NO [X]

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial [ ] Motriz [ ] Mental [ ] NoRegistro [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos **(marcar una, la mas importante)**

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [X] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabajo [ ] Caracteristicas del grupo social de trabajo [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabajo [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [X] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabajo en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [ ] Ninguno [ ]
Esfuerzo [X] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo		Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe	X	Precipitaciones		Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [ ] NO [X]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha		Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla facial		NoRegistra	
		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas		Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo		Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho					

90,7 (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI		NO	X
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI		NO	X
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI		NO	X

Nombre del Encuestado: Gabriel Vergara.

CC: 4351117

Firma del Encuestador: _____

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1260

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

Este formulario hace parte del ejercicio departamental adelantado por la Secretaria de Salud de Risaralda para trabajar en la construcción de los mapas de riesgo de la calidad del agua.

*Obligatorio

1. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de realización de la visita al acueducto *. Día/mes/año:

Código del formulario *
Número único y definitivo adjudicado por quien realiza la visita de campo:

Depto	66	Municipio	045	Número	7	Año	2022	

Objeto de la visita: Trámite concesión de aguas: _____ Actualización de datos _____ Inspección: X

Tipo de acueducto * Seleccionar una o más opciones

o	☐ Urbano	o	☐ Regional
o	☒ Rural	o	☐ Interveredal

Localidades beneficiadas por ser acueducto regional o interveredal * Si ( ) No (x)

Municipio *
Favor seleccionar una opción

o	☒ Apía	o	☐ Belén de Umbría
o	☐ Santuario	o	☐ Mistrató
o	☐ Pueblo rico	o	☐ Balboa
o	☐ Quinchia	o	☐ La Virginia
o	☐ Guática	o	☐ La Celia
o	☐ Santa rosa de cabal	o	☐ Dosquebradas

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

o ( ) Marsella	o ( ) Pereira

Beneficiarios: localidad, vereda, corregimiento, barrios, finca * Si (X) No ( )

Vereda El Carmelo

Beneficiarios: establecimientos especiales * Si (X) No ( )

	Si	No	Sin datos
Restaurantes escolares	( )	(X)	( )
Puestos de salud	( )	(X)	( )
Hogares ICBF	( )	(X)	( )

Menciones los beneficiarios reportados como SI con sus respectivos nombres, incluso otros no incluido: establecimientos especiales *

Institución Educativa El Carmelo

Nombre del acueducto *. Acueducto El Carmelo

Población total *.

Población	Total	Beneficiada	Porcentaje
Viviendas	30	16	53.3
Personas	120	50	41.6

Tipo de comunidad abastecida * Seleccione una de las opciones

o ( ) Concentrada	o ( ) Dispersa
o (X) Semidispersa	o ( ) Otro:

Entidad encargada de la prestación del servicio *: Seleccione una de las opciones

o ( ) Otra - Cuál?:	o ( ) Asociación de usuarios

1261

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

o [X] Junta administradora	o [ ] Comunidad

Cuenta con plan maestro de acueducto y alcantarillado? *

o [ ] Si	o [ ] No sabe
o [X] No	o [ ] Sin dato

Fase del plan maestro *

o [ ] Diseño	o [X] No tiene
o [ ] Ejecución	o [ ] No sabe
o [ ] Operación	

Característica de la fuente de abastecimiento *

- o [X] Superficial
- o [ ] Subterránea
- o [ ] Otro: _____

Comentarios sobre la(s) fuent(es) de abastecimiento *

En Epoca de Verano Presenta disminución Significativa del Cauce, aduas en la Zona Captación los Cultivos de Cafe y Platano llegan hasta la Fuente.

Tipo de fuente de abastecimiento * Seleccione una o más de las opciones

o [X] Quebrada	o [ ] Pozo
o [ ] Río	o [ ] Aljibe
o [ ] Lluvia	o [ ] Manantial
o [ ] Lago/laguna	o [ ] Galeria filtante

Nombre de la fuente de abastecimiento *

Número 1: Quebrada Buena Vista

Número 2: _____

Número 3: _____

Posee concesión de aguas para la utilización de la fuente

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

Seleccione una de las opciones

o [X] Si	o [ ] No sabe
o [ ] No	o [ ] Esta vencida

Concesión de aguas: legalidad *

Defina el número de la concesión, año, entidad que la otorga, caudal; si no tiene favor escriba NO

2. MICROCUENCA ABASTECEDORA

Nombre de la micro-cuenca *

Microcuenca Buena Vista

2.1 Zona de reserva y uso forestal

Cuál es el tamaño del área de influencia de la micro-cuenca en hectáreas? * 20

Total de hectáreas cobertura boscosa o protegida en zona alta microcuenca * 12

Actividades/problemas en la microcuenca *

	Si	No	A veces	No sabe
Quemas	○	✓	○	○
Pérdidas de suelo por erosión	✓	○	○	○
Invasión franja protectora	✓	○	○	○
Explotación forestal	○	✓	○	○
Socavación del cauce	○	✓	○	○

Mencione otras actividades/problemas en la microcuenca *

Uso Agricola

Avance de la erosión presentada * Si (✓) No ( )

Seleccione una opción

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

o X Ligera	o Muy severa
o Moderada	o No sabe
o Severa	o Otro:

Existen programas de reforestación en la microcuenca? *

o Si	o No sabe
o X No	o Otro
	o

Especificar:

2.2 USO AGRÍCOLA **Si (X) No ( )**

Total de hectáreas cultivadas en la zona alta de la microcuenca * : 10

Tipo de cultivos existentes en la zona alta de la microcuenca *

Platano, Cafe

Sustancias químicas más empleadas en la producción agrícola de la zona *

Agroquímicos

2.3 USO PECUARIO **Si ( ) No (X)**

Total hectáreas dedicadas * _____ **Total cabezas ganado presentes *** _____**Otros:** _____

Plaguicidas empleados en la producción pecuaria *

2.4 EXPLOTACIÓN MINERA: **Si ( ) No (X)**

Número Total y ubicación geográfica de explotaciones mineras en la zona *

Material de explotación: oro ( ), manganeso ( ), carbón ( ) *

Sustancias químicas empledas *

2.5 ASENTAMIENTOS

Presenta viviendas ubicadas en la parte alta de la microcuenca? *

o ○ Si	o ○ No sabe
o ☒ No	o ○ Otro

Total de viviendas ubicadas en la parte alta de la microcuenca *: _____

Las viviendas presentan sistemas de tratamiento de aguas residuales instalados *

o ☐ Si	o ☐ No sabe
o ☐ No	o ☐ Otro:

Especificar:

Cobertura y tipo de sistemas de tratamiento de aguas residuales instalados *: tanque séptico, trampa grasas

Estado de sistemas de tratamiento de aguas residuales instalados *

Seleccione una de las opciones

o ○ Bueno	o ○ Malo
o ○ Regular	o ○ No hay

Número y tipo de industrias, explotaciones ubicadas *

1263

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

2.6 CAUDAL DE LA FUENTE(S) DE ABASTO

Caudal de la fuente LPS	Fuente 1	Fuente 2	Fuente 3
Promedio	20		
En invierno	22		
En verano	8		
Al momento de la visita	22		

Presenta disminución de caudal en el tiempo? *

Caudal de la fuente LPS	Fuente 1	Fuente 2	Fuente 3
Si	X		
No			
A veces			
No sabe			

Cuando se presenta disminución de caudal en el tiempo? *
En época de invierno, veranos largos, ojala defina los meses del año: Epoca de Verano Enero - Febrero - Julio - Agosto

2.7 INDICES DE CALIDAD DEL AGUA CRUDA

Tipos de contaminación presente en la microcuenca *
Seleccione incluso más de una opción

o ☐ Vertimientos domésticos	o ☐ Residuos orgánicos líquidos/sólidos
o ☐ Residuos sólidos	o ☐ Explotaciones pecuarias: piscícolas, porcícolas
o ☒ Agroquímicos	o ☐ Explotación turística
o ☐ Químicos industriales, mineros	o ☐ Ninguno

o ☐ Otras: _____

Contaminación de aguas por descargas de residuos líquidos *
Número de descargas

[0]

Tipo de descargas *: Seleccione incluso más de una opción

o ☐ Puntuales	o ☐ Domésticas

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

o ☐ Dispersas	o ☐ Industriales

o ☐ Otras: _____

3. INFRAESTRUCTURA, ADMINISTRACIÓN Y SISTEMA DE TRATAMIENTO (POTABILIZACIÓN)

3.1 ESTRUCTURA DE CAPTACIÓN

Caudal promedio captado en la estructura de captación LPS *: 3

Número de captaciones existentes *: 1

Tipo de captación existente * Seleccione una de las opciones

o ☒ Bocatoma	Especificar cantidad de captaciones y ubicación: Una sola Captación en
o ☐ Dique	buenas Condiciones
o ☐ Galería filtrante	
o ☐ Artesanal	

Estado boscoso de los alrededores de la captación *
Seleccione una de las opciones

o ○ Protegido
o ☒ Desprotegido
o ○ Otro: _____

La captación posee delimitación (Cerca) para evitar el acceso de extraños *
Seleccione una de las opciones:

o ○ Si	Observaciones: No Presenta Cerca
o ☒ No	Perimetral.

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

Cuando llueve la captación se tapona? * Seleccione una de las opciones

o [X] Si o [ ] No	o [ ] No sabe o [ ] Sin dato

Al momento de la visita la captación se encuentra libre de objetos extraños? *

o [X] Si o [ ] No	Observaciones: Al Momento de la Visita se Encuentra en Buenas Condiciones

Problemas comunes de operación y mantenimiento en la captación *

	Si	No	A veces	No sabe
Obstrucción de la rejilla, granada	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
Acumulación de lodos en el fondo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]

Estado físico de la captación *

o [X] Bueno o [ ] Regular o [ ] Malo	o [ ] No sabe o [ ] Sin dato

Periodicidad del mantenimiento de la captación *Seleccione una de las opciones presentadas

o [ ] Diario o [ ] Semanal o [X] Quincenal o [ ] Mensual	o [ ] Trimestral o [ ] Semestral o [ ] o [ ] Otro: _____

El funcionamiento de válvulas, compuertas, tapones es: *

o (X) Bueno o ( ) Regular	o ( ) Malo o ( ) No tiene	o ( ) Otro:

Amenazas presentes en la proximidad de la captación *

	Si	No	A veces	No sabe	Sin dato
Deslizamientos	( )	(X)	( )	( )	( )
Inundaciones	( )	(X)	( )	( )	( )
Avalanchas	(X)	( )	( )	( )	( )
Taponamientos	(X)	( )	( )	( )	( )
Desabastecimiento agua cruda	(X)	( )	( )	( )	( )

3.2 RED DE CONDUCCIÓN

Tipo de conducción predominante *
Seleccione una o más de las opciones presentadas

- o [ ] Canal abierto
- o [ ] Canal tapado
- o [X] Tubería
- o [ ] Manguera
- o [ ] Combinado
- o [ ] Otro:

Información específica sobre la red de conducción:

Tramos	Longitud de la red en metros	Diámetro pulgadas	Edad de la red en años	Estado actual de la red : bueno, regular, malo	Presencia de fugas: si/no
1	600	3"	24	Bueno	No
2					
3					
4					

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

3.3 SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO

1. Tipo de estructuras disponibles para la potabilización *

	Bueno	Regular	Malo	No tiene	Sin datos
Desarenador	X	○	○	○	○
Coagulación-floculación	○	○	○	X	○
Sedimentador	○	○	○	X	○
Filtración	○	○	○	X	○
Tanque de almacenamiento	X	○	○	○	○
Caseta de cloración	X	○	○	○	○
Desinfección	X	○	○	○	○

2. Mantenimiento de las estructuras disponibles para la potabilización *

	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	Otros	Sin datos
Desarenador	○	○	X	○	○	○	○	○	○
Coagulación-floculación	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Sedimentador	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Filtración	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Tanque de almacenamiento	○	○	X	○	○	○	○	○	○
Caseta de cloración	○	○	X	○	○	○	○	○	○
Desinfección	X	○	○	○	○	○	○	○	○

Responsable del mantenimiento de las estructuras * Seleccione una de la opciones presentadas

o	X Fontanero	o	○ Técnico
o	○ Supernumerario	o	○ Ninguno

3. Empleo de sustancias químicas para la potabilización *

	Si	No	A veces	Sin datos
Sulfato de aluminio	○	✗	○	○
Carbón activado	○	✗	○	○
Cal	○	✗	○	○
Cloro líquido	✗	○	○	○
Cloro granulado	○	✗	○	○
Cloro gaseoso	○	✗	○	○
Cloro en pastillas	○	✗	○	○

	Comentarios:
	La Cloración se Suspende en Invierno Prolongados por presencia de CARDER debido a Exceso Lodos.

3.4 CLORACIÓN DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO

Se lleva a cabo la desinfección permanente del agua *

o	✗ Si	o	○ Intermitente
o	○ No	o	○ Otro:

Especifique el sistema de dosificación de cloro empleado *

o	✗ Goteo por gravedad	o	○ No
o	○ Goteo mecánico	o	○ Otro:
o	○ Gaseoso		

Dispone de elementos de protección personal para el manejo de cloro? *

o	○ Si	o	○ No sabe
o	✗ No	o	○ Otro:

A266

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** GESTIÓN **EN SALUD** SALUD **PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

Dispone de comparador de cloro para las demandas y dosificación? *

o ☐ Si	o ☐ No lo sabe manejar
o ☒ No	o ☐ A simple vista
o ☐ Sin reactivos	

Dispone del registro de cloración del agua *

o ○ Si	o ☒ No	o ○ Desactualizado

Comentarios:

No Cuenta Con Comparador ni se lleva el registro, ademas no usan Elementos de protección y se alternan en la comunidad para distintas actividades

3.5 ALMACENAMIENTO DEL AGUA

Número tanque(s) almacenamiento *_____ Tipo: Enterrado ___ Semienterrado ____ Superficial ___

Tanque No	1	2	3	Estable sin riesgos de deslizamientos: S/N	Mantenimiento adecuado de los alrededores? S/N
Volumen de agua m3	36			Si	Si
Largo: metros	4				
Alto: metros	2				
Total de agua almacenada: m3	36				

Infraestructura del tanque de almacenamiento *

Bueno Malo Regular Sin datos

Tapas	X	O	O	O
Rejillas	X	O	O	O
Reboses	X	O	O	O
Válvulas	X	O	O	O
Control ingreso plagas e insectos	O	X	O	O
Caseta de cloración	X	O	O	O
Puerta de ingreso a la caseta	X	O	O	O
Dosificador de cloro	X	O	O	O

Comentarios:

En General esta en buen Estado

3.6 RED DE DISTRIBUCIÓN

Longitud de la red en kilómetros * 2500

Material predominante en la red *

o [X] PVC	o [ ] Otro
o [ ] Asbesto-cemento	o [ ] Eternit
o [ ] Manguera	o [X] Hierro galvanizado
	o [ ] Otro:

Información específica sobre la red de distribución:

Tramos	Longitud de la red en metros	Diámetro pulgadas	Material	Edad de la red en años	Estado actual de la red : bueno, regular, malo	Presencia de fugas: si/no
1	1500	3" - 2 1/2"	PVC	24	Bueno	No
2	1000	2 1/2"	PVC-Galv	24	Bueno	No

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

3						
4						

Problemas e inconvenientes con relación a la red de distribución *

	Si	No	A veces	Sin dato
Ocurrencia de fugas, rupturas	○	○	X	○
Se demoran las reparaciones	○	X	○	○
Existen tramos a la intemperie	○	X	○	○
Suspenden el servicio con frecuencia	○	X	○	○
Avisan cuando van a suspender el servicio	X	○	○	○

4.USUARIOS

Uso predominante del agua *

o	X Consumo humano	o	Ambos
o	Uso agropecuario	o	Otro:

Cuenta con programa de uso racional del agua *

o	Si	o	No sabe
o	X No	o	Otro:

Entidad responsable del Programa? *: _____

4.1 Reportes de calidad del agua: Laboratorio de Salud Pública IRCAS

En caso de haber sido incluido en los muestreos de calidad del agua por parte del Técnico de Salud Ambiental Municipal

Reporte de últimos muestreos: IRCAS * Especificar las fechas a un lado de la tabla

	Potable	No potable	Sin dato	Fecha dma
Muestreo 1	○	✗	○	
Muestreo 2	○	○	○	
Muestreo 3	○	○	○	

Reporte de últimos muestreos: IRCAS *: Calidad FQ + MB

	Cumple	No cumple	Sin dato
Turbiedad	✗	○	○
Color	✗	○	○
Cloro residual	○	✗	○
Coliformes fecales	○	✗	○
Coliformes Totales	○	✗	○

4.2 Continuidad en la prestación del servicio de acueductos: IRABA

Este bloque sirve para el cálculo del IRABA (índice de riesgo por abastecimiento)

Frecuencia con la que se suspende el servicio en un mes en promedio *

	Siempre	Nunca	A veces	Casi siempre	No sabe	Sin dato
Diaria por horas	○	✗	○	○	○	○
Diario completo	○	✗	○	○	○	○
Semanal por días	○	✗	○	○	○	○
Semanal por horas	○	✗	○	○	○	○
Quincenal por días	○	✗	○	○	○	○
Quincenal por hora	✗	○	○	○	○	○
Mensual por días	○	✗	○	○	○	○
Mensual por horas	○	✗	○	○	○	○
Se avisa a la gente los cortes del servicio	✗	○	○	○	○	○

	DEPARTAMENTO DE **RISARALDA** Secretaría de **Salud** GESTIÓN **EN SALUD** SALUD **PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

	Comentarios:
	El Mantenimiento lo hacen en Conjunto Con la Comunidad

RESPONSABILIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

Por la Secretaría de Salud Departamental:

Nombre y apellidos	Hugo A. Callejas
Cargo	T.S.A. Contratista
Email del funcionario y/o contratista *	hac-123@hotmail.com
Por parte del acueducto y/o comunidad asesorada *	
Nombre y apellidos *	Gabriel Antonio Vargas
Teléfono de contacto comunidad *	311 6310956

A269

wikiloc (https://es.wikiloc.com) Explora (https://es.wikiloc.com/wikiloc/create.do) Regístrate (https://es.wikiloc.com/wikiloc/signingup.do)

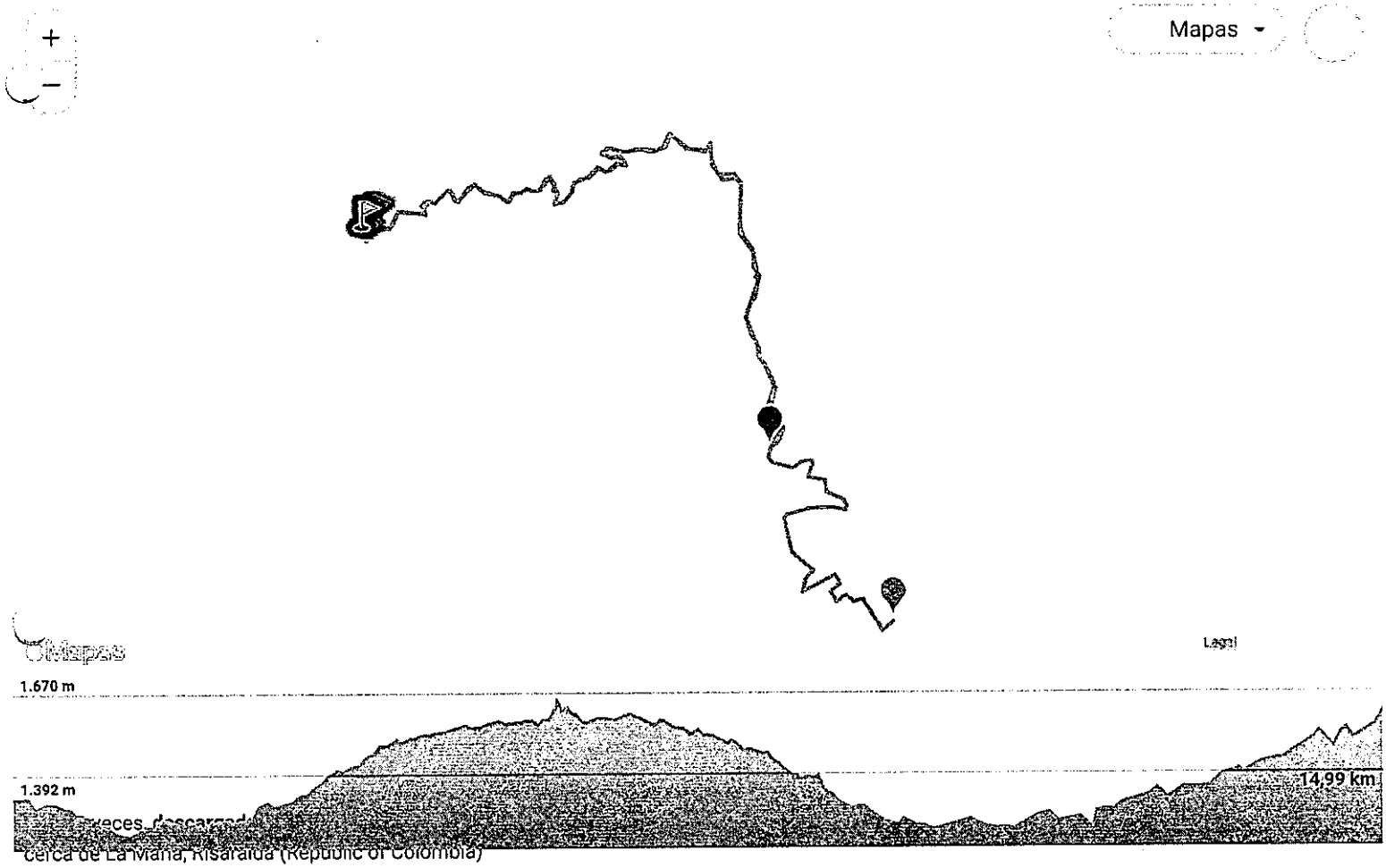
(https://es.wikiloc.com/rutas/senderismo)
Senderismo (Rutas Senderismo en Colombia (https://es.wikiloc.com/rutas/senderismo/colombia) → Risaralda (https://es.wikiloc.com/rutas/senderismo/colombia/risaralda) → La María (https://es.wikiloc.com/rutas/senderismo/colombia/risaralda/la-maria))

Visita Acueducto rural vereda El Carmelo - Apía

Descarga (https://es.wikiloc.com/wikiloc/download.do?id=103629580)

Sé el primero en aplaudir

Aplaude Comenta Guarda en una Lista Comparte



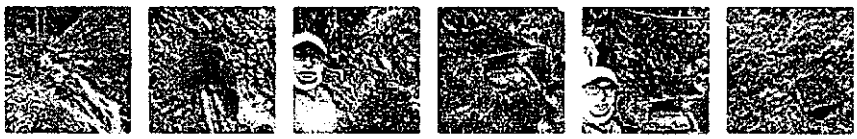
veces descargada
cerca de La María, Risaralda (República de Colombia)

Autor
HUBERhuberalejandrocalle
(https://es.wikiloc.com/wikiloc/user.do?id=9654083)
(https://es.wikiloc.com/wikiloc/user.do?id=9654083)

61 (https://ayuda.wikiloc.com/article/55-que-es-el-userrank-de-wikiloc) 16 (https://es.wikiloc.com/wikiloc/user.do?id=9654083) 117 (https://es.wikiloc.com/wikiloc/user.do?id=9654083)

He realizado esta ruta

Distancia 14,99 km	Desnivel positivo 842 m
Dificultad técnica Moderado	Desnivel negativo 659 m
Altitud máxima 1.670 m	Trailrank 21
Altitud mínima 1.392 m	Tipo de ruta Solo ida



Tiempo en movimiento
una hora 49 minutos
Tiempo
5 horas 30 minutos
Coordenadas
1377
Fecha de subida
23 de mayo de 2022
Fecha de realización
mayo 2022

(/premium?ref=feature-weather)

Ver la previsión meteorológica para esta ruta con Wikiloc Premium. Más información → (/premium?ref=feature-weather)

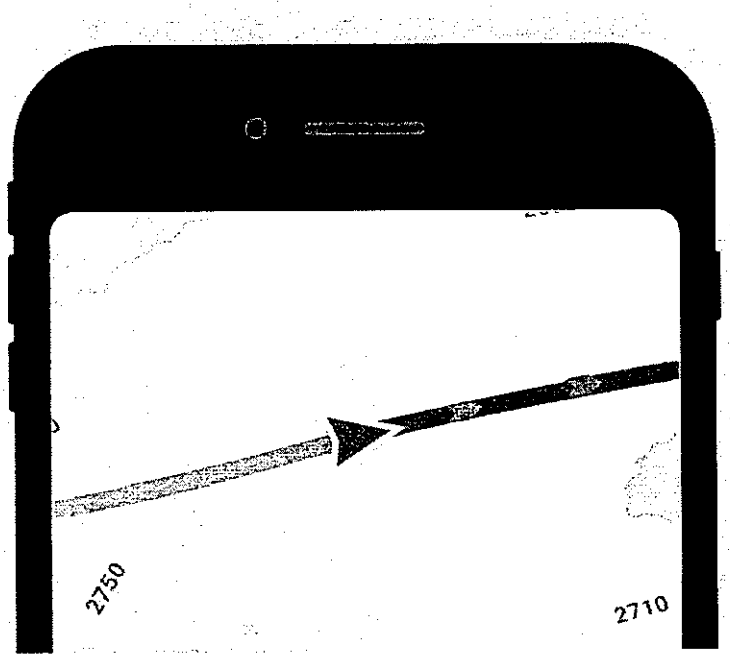
Navegación Outdoor

Guíate por millones de rutas al aire libre desde tu móvil. ¡Incluso offline!

1270

Pásate a Wikiloc Premium (/premium?ref=adpremium_native-navigate_trails)

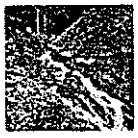
Pásate a Premium para eliminar los anuncios



Visita Acueducto rural vereda El Carmelo - Apía

Foto

Foto



↑ 1.649 m

Foto

Foto



↑ 1.640 m

Foto

Foto





1.640 m

Foto

Foto



1.642 m

Foto

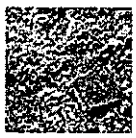
Foto



1.641 m

Foto

Foto



1.688 m

Comentarios

Si quieres, puedes **dejar un comentario** o **valorar** esta ruta

Rutas cercanas

Visita acueducto la floresta - Apia

Senderismo

1271

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTION EN SALUD
SALUD PUBLICA
FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE SUJETOS DE INTERÉS SANITARIO

Versión: 00 | Vigencia: 12-2014

Programa Salud ambiental: | Número consecutivo:

Fecha de diligenciamiento: 24 05 2022 | No único de inscripción: 66 (Depto.) 682 (Mpio) (No) (Prog) 21 (Año)

I. Información general:

En la medida de lo posible deberá garantizarse la completitud y veracidad de la información aquí considerada:

Municipio (*): Apía | Programa (*): R.C | Zona (*): Rural

Nombre del establecimiento: Acueducto La María | Dirección: Vereda la María

Teléfono: 3167910368 | Email: — - — | NIT: 816001777-9

Representante legal: Hermín Corrales | Identificación: 9955280

Fecha de puesta en funcionamiento: Día 01 mes 01 Año 1980 | Antigüedad: 42 Años

Concepto sanitario: S N No: | Concepto (*): | Fecha: d m a

II. Jornada laboral:

Días de trabajo: X X X X X X D | Horario de trabajo: a Am a Pm

Turnos: S N | Especificar. Día S N Noche: S N Horario a Am a Pm

Número de trabajadores: 1 | Administrativos: | Operarios: H 1 M 0

Días de recolección de basuras: L X M J X S D | Frecuencia/semanal: 1 X 3 Diaria

Seguridad social:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Salud X N | EPS: S.O.S | ARL S X | Cuál?

III. Documentación:

Uso conforme del suelo:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Cámara de comercio:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Certificado de Bomberos:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Certificado de fumigación:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Contrato Resid especiales:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Días de recolección R. especiales:	L M M J V S D	Frecuencia/semanal:	1 2 3 Diaria		
Plan vertimientos CARDER	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a
Plan gestión resid. PGIRHS:	S X	Especifique:	No	Fecha:	d m a

IV. Declaración de servicios prestados: Ejemplo: droguería, venta medicamentos de control, inyectología, glucometría, fotocopias, alimentos.

Servicio Acueducto - Agua Potable

IV b. Emplea Sustancias químicas: S N Cuáles? Ejemplo: cloro, gasolina, ACPM, formol.

Hipoclorito - Detergente

V. Recurso humano: listado de personal que labora en el establecimiento:

En caso de no resultar suficiente, favor anexar datos en otra hoja

Nombre y apellidos	Género	No Identificación	Cargo/funciones
Hermán Corrales	M F	9955280	Rep. Legal
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		
	M F		

Ejemplo cargo: Servicios generales, Manipulación de alimentos, Preparación de cadáveres, Conductor, Conductor - disector, Vendedor, Administración, Director técnico

VI. Declaración de vehículos de uso exclusivo del establecimiento:

Tipo	Placas	Modelo	Conductor	Actividad destinada (*)

Ej, Actividad: Transporte de alimentos, Carrozas fúnebres, Recolección de cadáveres, Recolección de residuos, Transporte de personal, Transporte de materiales, Domicilios

VII. Nombre(s) de responsable(s) de programas específicos:

Riesgos profesionales: Nivel de riesgo según la ARL: 1 2 3 4 5 No sabe ( )

Nombre:	Licencia SST	S N #
Identificación:	Vigía SST:	S N
Cargo:	COPASST:	S N

VIII. Personal asignado para la atención de visitas ante la Secretaria de Salud Departamental:

Nombre: Herman Cuales	Nombre:
Identificación: CC 9955280	Identificación:
Cargo: 3167910368	Cargo:
Teléfono:	Teléfono:

IX: Dias a la semana propuestos para la atención de visitas, reuniones y capacitaciones por parte de la Secretaria de Salud Departamental:

Número de la semana al mes	Dia de la semana	Horario de la visita, reuniones, capacitaciones:
1 2 3 4 5	L M M J V	Am Pm

Formato diligenciado por:		Formato recibido por:	
Fecha:	Dia 24 mes 05 año 2022	Fecha:	Dia Mes año
Nombre	Huber A. Calle A.	Nombre	
Cargo	Técnico Operativo T.S.A.	Cargo (*)	

X. Estado final (*):	Devuelto incompleto	Recibido	Aprobado

v2,0 10/08/13

A272

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

0 (23) ¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? **(El formulario se diligencia si esta pregunta responde NO)** Si [ ] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [2 0 2 2] — M M [0 5] — D D [2 4]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [1 1] : M M [0 0]

3 Hora de finalización (HH:MM): H H [1 1] : M M [3 0]

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 18533288

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Corrales

7 (5) Segundo apellido: Galeano

8 (6) Primer nombre: Hernán

9 (7) Segundo nombre: De Jesus

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 9955280

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y [1 9 6 5] — M M [0 4] — D D [0 5]

13 (9) Masculino [X] Femenino [ ]

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apía

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [ ] Centro poblado [X] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vereda La María

18 (12) Dirección residencia: Vereda La María Casa 23

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número) Si [ ] No [X] Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3167910368

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apía

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [X]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Vereda La María

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Vereda La María

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

26 (27) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? Si [ ] No [X] Cuál?

27 (13) ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Viudo / Separado [ ] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [X] Divorciado [ ]

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Primaria incompleta		Técnico		Ninguno	
Primaria completa	X	Tecnológo		No Registra	
Secundaria incompleta		Universitario incompleta			
Secundaria completa		Universitario completa			

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [X] No [ ]

30 (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

Con nadie		Con otros	
Con el cónyugue	X	No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 0

32 (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 0

33 (19) ¿A qué tipo de población pertenece?

Indigena		Afro colombiano		LGBTI		Negro	
ROM		NoRegistro		Raizal		Mestizo	X
Otro		¿Cuál?					

34 (20) ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X
NoRegistra					

35 (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra
Desastre natural		Otro		

DATOS SOCIO ECONOMICOS

36 (22) ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?

Agricultura		Ganaderia		Mineria		Silvicultura	
Comercio		Manufactura		Construccion	X	ServicioDomestico	
Transporte		Pesca		Metalmecanica		Artesania	
Vigilancia							

37 (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

Ambulante		Semiestacionaria	X	Estacionaria		NoRegistra	

38 (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

Propia		Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	X

39 ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

39,1 (31) Energia	Si		No	X	39,4) Gas	Si		No X
39,2 (32) Acueducto	Si		No	X				
39,3 (33) Alcantarillado	Si		No	X				

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o Si [ ] No [X]

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 1

(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

42 (38) ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 5

44 (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

0	1	X	3	4	5	6	7

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo	X	Más de un salario minimo		Un salario minimo	

SEGURIDAD SOCIAL

46 (42) Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 50)**

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo	X	Subsidiado		Excepción		Especial	

48 (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

49 (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? S.O.S

50 (46) ¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? **(si marca NO/NOSABE pasar a la pregunta 52)**

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

51 (47) ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

PROTECCION	[ ]	FONPRECON	[ ]
PORVENIR	[ ]	CAPRECOM	[ ]
BBVA HORIZONTE	[ ]	ANTIOQUIA	[ ]
ING	[ ]	CAJANAL	[ ]
SKANDIA	[ ]	U DEL CAUCA	[ ]
SKANDIA ALTERNATIVO	[ ]	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES	[ ]
COLFONDOS	[ ]	Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones	[ ]
AVIADORES	[ ]	COLPENSIONES	[ ]

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg [ ][8][0]

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm [1][7][5]

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? **(si marco NO pasar a la pregunta 57)** SI [ ] NO [X]

55 (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [ ][ ]

56 (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [ ][ ]

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? **(si marco NO pasar a la pregunta 60)** SI [ ] NO [X]

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses [ ][ ]

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad [ ][ ][ ]

60 (54) ¿Usted consume licor? **(si marco NO pasar a la pregunta 62)** SI [X] NO [ ]

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? **(si marco NO pasar a la pregunta 64)** SI [ ] NO [X]

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana [ ] basuco [ ] cocaina [ ] otra [ ] NoRegistra [ ]

64 (58) ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? **(si marco NO pasar a la pregunta 66)** SI [X] NO [ ]

65 (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [X] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

CONDICION DE SALUD

66 (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [ ] Regular [X] Mala [ ]

67 (61) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? **(dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas)**

SI [X] NO [ ]

68 (62) ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? **(tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros)**

SI [X] NO [ ]

Si la preg. 67 O la preg,68 respondio NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg.71 en adelante.

69 (64) ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? **(permite el valor cero)(si es cero, pasar a la pregunta 71)** Cantidad [ ][ ]

70 (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [ ]

71 (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [X]

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][0]

73 En caso que en los últimos 12 meses no haya podido realizar sus actividades normales indicar si fue por:

73,1 (67) Un accidente de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,2 (68) Un accidente de trabajo **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)**	SI	[ ]	NO	[X]
73,4 (69) Una enfermedad de origen común	SI	[ ]	NO	[X]
73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional	SI	[ ]	NO	[X]

74 (71) ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesion le ocasionó? **(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)**

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida	[ ]	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]
Trauma interno	[ ]	Asfixia	[ ]
Amputacion	[ ]	Efecto de la electricidad	[ ]
Herida	[ ]	Efecto nocivo de la radiacion	[ ]
Trauma Superficial	[ ]	Lesiones múltiples	[ ]
Golpe, contusion o aplastamiento	[ ]	NoRegistra	[ ]

75 (72) ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? **(Marcar solo una)**

Cabeza y cuello	[ ]	Manos	[ ]
Ojos	[ ]	Miembros inferiores	[ ]
Torax	[ ]	Pies	[ ]
Abdomen	[ ]	Ubicaciones multiples	[ ]
Miembros superiores	[ ]	Lesiones generales u otras	[ ]
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis	[ ]	NoRegistra	[ ]

76 ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

76,1 (73)Agente (marcar una opcion)

Maquinas y/o equipos	[ ]	Medios de transporte	[ ]	NoRegistra Agentes no clasificados	[ ]
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	[ ]	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	[ ]		
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles	[ ]	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	[ ]		

76,2 (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas	[ ]	Caidas de objetos	[ ]	Atrapamiento	[ ]
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	[ ]	Pisadas, choques o golpes	[ ]		

Exposicion o contacto con temperatura extrema [ ] Exposicion o contacto con la electricidad [ ] NoRegistra [ ]

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras [ ]

77 (75)¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (si marca SI responder la preg.79,si marca NO/NO SABE responder la preg,78) No sabe [ ] SI [ ] NO [ ]

78 (76) ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

Desconocimiento [ ] Falta de tiempo [ ] Poca importancia [ ] NoRegistra [ ]

79 (77) ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

Familia [ ] Conocido [ ] Drogueria [ ] Hospital [ ] NoRestra [ ]

80 ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

Hospital [ ] Puesto de salud [ ] Farmacia [ ] Consultorio particular [ ]

Curandero [ ] Usted mismo o familiar [ ] Ninguno [ ]

81 (78) ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Dias [ ]

82 (79) ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

Grupo organizado de trabajadores informales [ ] Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

El trabajador o la familia [ ] Otro [ ] NoRegistro [ ]

83 (80) En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?(si marco NO pasar a la preg.85) SI [ ] NO [X]

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

85 (82) El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? (si marco NO pasar a la preg.87) SI [ ] NO [X]

86 (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial [ ] Motriz [ ] Mental [ ] NoRegistro [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

87 (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] Regular [ ] Mala [ ]

88 Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación:

88,1 (85)Fisicos (marcar una, la mas importante)

Ruido [ ] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]

Radiaciones no ionizantes [X] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]

Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,2 (86)Psicosociales (marcar una, la mas importante)

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabajo [ ] Caracteristicas del grupo social de trabajo [ ]

Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabajo [ ]

NoRegistra [ ] Ninguno [X]

88,3 (87)Biologicos (marcar una, la mas importante)

Virus [ ] Bacterias [ ] Hongos [ ] Ricketsias [ ]

Parásitos [ ] Picaduras [X] Mordeduras [ ]

Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

88,4 (88)Condiciones de seguridad (marcar una, la mas importante)

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]

Accidentes de transito [ ] Trabajo en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]

Ninguno [X]

NoRegistra [ ]

88,5 (89)Biomecanico (marcar una, la mas importante)

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [ ] Ninguno [ ]

Esfuerzo [X] NoRegistra [ ]

88,6 (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos		Fibras		Liquidos	X	Humos	
Gases y vapores		NoRegistra		Ninguno			

86,7 (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo		Terremoto		Vendaval		Inundacion	
Derrumbe		Precipitaciones	X	Ningunos		No Registro	

89 (92) ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? **(si marca NO pasar a la preg.91)** SI [X] NO [ ]

90 ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación?

90,1 (93) Proteccion de la cabeza **(marcar una, la mas importante)**

Cascos para usos especiales		Sombrero		Gorro o cachucha	X	Ninguno	
Prendas de proteccion para la cabeza		Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo				NoRegistra	

1275

90,2 (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales		Gafas de montura integral		Ninguno	
		Pantalla facial	X	NoRegistra	
Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles		Pantalla de soldadura de mano			
		Pantalla de soldadura de cabeza			

90,3 (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

Orejeras		Protectores auriculares		Ninguno	X
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		Cascos antirruido		NoRegistra	

90,4 (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

Tapabocas	X	Mascaras para gases		Ninguno	
Mascarillas autofiltrantes		Mascaras para vapores		NoRegistra	

90,5 (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

Guantes de latex		Guantes de Nitrilo	X	Ninguno	
Guantes de Neopreno		Guantes de Malla		NoRegistro	

90,6 (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

Calzado de seguridad		Calzado de trabajo		Ninguno	
Calzado dielectrico		Calzado antiestatico		NoRegistra	
Botas de caucho	X				

90,7 (99) Otros elementos de proteccion **(marcar una, la mas importante)**

Eslinga		Cinturon de seguridad		Ninguno	X
Linea de vida		Casco con barbuquejo		NoRegistro	
Mosquetones		Arnes			

90,8 (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

Contra productos quimicos liquidos		Alta visibilidad		Ninguno	X
		Contra el frio		NoRegistra	
Propiedades electroestaticas		Contra calor y llamas			
Soldeo y tecnicas conexas.		Delantal plastico			

Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	X	NO	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	X	NO	
93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
94 (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI		NO	X
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	X	NO	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI		NO	X
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	X	NO	
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	X	NO	

Nombre del Encuestado:

CC: 9959280

Firma del Encuestador: Hubia A. Callejas

NOTA: El numero consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el numero entre paréntesis es el numero de la pregunta en el anexo técnico "REPORTE DE INFORMACION DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

1276

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **DOCUMENTOS DE USO GENERAL** **FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

Actividad #9: VISITAS DE CAMPO A LOS ACUEDUCTOS RURALES, (BOCATOMAS).

	
Actividad N°:9 **Nombre actividad:** VISITA ACUEDUCTO RURAL VDA EL CARMELO **Fecha: 23-05-2022** **Lugar: VEREDA EL CARMELO**	**Actividad N°:9** **Nombre actividad:** VISITA ACUEDUCTO RURAL VDA LA MARIA **Fecha: 24-05-2022** **Lugar: VEREDA LA MARÍA**

1277

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

Este formulario hace parte del ejercicio departamental adelantado por la Secretaria de Salud de Risaralda para trabajar en la construcción de los mapas de riesgo de la calidad del agua.

*Obligatorio

1. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de realización de la visita al acueducto *. Día/mes/año:

Código del formulario *
Número único y definitivo adjudicado por quien realiza la visita de campo:

Depto 66 Municipio 045 Número 8 Año 2022

Objeto de la visita: Trámite concesión de aguas: ____ Actualización de datos ____ Inspección: X

Tipo de acueducto * Seleccionar una o más opciones

- o [ ] Urbano
- o [ ] Regional
- o [X] Rural
- o [ ] Interveredal

Localidades beneficiadas por ser acueducto regional o interveredal * Si (x) No ( )

Vereda La María

Municipio *
Favor seleccionar una opción

- o (X) Apía
- o ( ) Belén de Umbría
- o ( ) Santuario
- o ( ) Mistrató
- o ( ) Pueblo rico
- o ( ) Balboa
- o ( ) Quinchia
- o ( ) La Virginia
- o ( ) Guática
- o ( ) La Celia
- o ( ) Santa rosa de cabal
- o ( ) Dosquebradas

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

o ( ) Marsella o ( ) Pereira

Beneficiarios: localidad, vereda, corregimiento, barrios, finca * Si (x) No ( )

Vereda La Mario

Beneficiarios: establecimientos especiales * Si (x) No ( )

	Si	No	Sin datos
Restaurantes escolares	X	( )	( )
Puestos de salud	( )	X	( )
Hogares ICBF	( )	X	( )

Menciones los beneficiarios reportados como SI con sus respectivos nombres, incluso otros no incluido: establecimientos especiales *

PAE- Institución Educativa

Nombre del acueducto *. Acueducto La María

Población total *

Población	Total	Beneficiada	Porcentaje
Viviendas	100	58	58
Personas	400	220	55

Tipo de comunidad abastecida * Seleccione una de las opciones

o ( ) Concentrada
o ( ) Dispersa
o (X) Semidispersa
o ( ) Otro: _____
o

Entidad encargada de la prestación del servicio *: Seleccione una de las opciones

o ( ) Otra - Cuál?: _____
o ( ) Asociación de usuarios

1278

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

- o [X] Junta administradora
- o [ ] Comunidad

Cuenta con plan maestro de acueducto y alcantarillado? *

- o [ ] Si
- o [ ] No sabe
- o [X] No
- o [ ] Sin dato

Fase del plan maestro *

- o [ ] Diseño
- o [X] No tiene
- o [ ] Ejecución
- o [ ] No sabe
- o [ ] Operación

Característica de la fuente de abastecimiento *

- o [X] Superficial
- o [ ] Subterránea
- o [ ] Otro: _____

Comentarios sobre la(s) fuent(es) de abastecimiento *

La quebrada en época de Invierno Presenta alto contenido de sedimento por corrientes que bajan en finca alta Microcuenca

Tipo de fuente de abastecimiento * Seleccione una o más de las opciones

- o [X] Quebrada
- o [ ] Pozo
- o [ ] Río
- o [ ] Aljibe
- o [ ] Lluvia
- o [ ] Manantial
- o [ ] Lago/laguna
- o [ ] Galeria filtante

Nombre de la fuente de abastecimiento *

Número 1: Quebrada El Lolo

Número 2: _____

Número 3: _____

Posee concesión de aguas para la utilización de la fuente de abasto? *

Seleccione una de las opciones

o [X] Si
o [ ] No
o [ ] No sabe
o [ ] Esta vencida

Concesión de aguas: legalidad *

Defina el número de la concesión, año, entidad que la otorga, caudal; si no tiene favor escriba NO

0923 del 03 de Agosto 2020, CARDER. 2.5L/s

2. MICROCUENCA ABASTECEDORA

Nombre de la micro-cuenca *

Microcuenca Aguadas

2.1 Zona de reserva y uso forestal

Cuál es el tamaño del área de influencia de la micro-cuenca en hectáreas? * 50

Total de hectáreas cobertura boscosa o protegida en zona alta microcuenca * 40

Actividades/problemas en la microcuenca *

	Si	No	A veces	No sabe
Quemas	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
Pérdidas de suelo por erosión	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
Invasión franja protectora	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Explotación forestal	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
Socavación del cauce	[ ]	[X]	[ ]	[ ]

Mencione otras actividades/problemas en la microcuenca *

Sedimentación, Alta Pendiente Carretera de Finca en Parte alta.

Avance de la erosión presentada * Si ( ) No (X)

Seleccione una opción

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

- o ( ) Ligera
- o ( ) Moderada
- o ( ) Severa
- o ( ) Muy severa
- o ( ) No sabe
- o ( ) Otro: _____

Existen programas de reforestación en la microcuenca? *

- o ( ) Si
- o (X) No
- o ( ) No sabe
- o ( ) Otro

Especificar:

2.2 USO AGRÍCOLA **Si (X) No ( )**

Total de hectáreas cultivadas en la zona alta de la microcuenca * : 20

Tipo de cultivos existentes en la zona alta de la microcuenca *

Cafe - Platano - Aguacate

Sustancias químicas más empleadas en la producción agrícola de la zona *

Agroquímicos

2.3 USO PECUARIO **Si ( ) No (X)**

Total hectáreas dedicadas * _____ Total cabezas ganado presentes * _____ Otros: _____

Plaguicidas empleados en la producción pecuaria *

2.4 EXPLOTACIÓN MINERA: **Si ( ) No (X)**

Número Total y ubicación geográfica de explotaciones mineras en la zona *

. Material de explotación: oro ( ), manganeso ( ), carbón ( ) *

Sustancias químicas empleadas *

2.5 ASENTAMIENTOS

Presenta viviendas ubicadas en la parte alta de la microcuenca? *

- o Si
- o No
- o No sabe
- o Otro

Total de viviendas ubicadas en la parte alta de la microcuenca *: _____

Las viviendas presentan sistemas de tratamiento de aguas residuales instalados *

- o Si
- o No
- o No sabe
- o Otro:

Especificar:

Cobertura y tipo de sistemas de tratamiento de aguas residuales instalados *: tanque séptico, trampa grasas

Estado de sistemas de tratamiento de aguas residuales instalados *

Seleccione una de las opciones

- o Bueno
- o Regular
- o Malo
- o No hay

Número y tipo de industrias, explotaciones ubicadas *

1280

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

2.6 CAUDAL DE LA FUENTE(S) DE ABASTO

Caudal de la fuente LPS	Fuente 1	Fuente 2	Fuente 3
Promedio	20		
En invierno	25		
En verano	15		
Al momento de la visita	25		

Presenta disminución de caudal en el tiempo? *

Caudal de la fuente LPS	Fuente 1	Fuente 2	Fuente 3
Si	x		
No			
A veces			
No sabe			

Cuando se presenta disminución de caudal en el tiempo? *
En época de invierno, veranos largos, ojala defina los meses del año: Enero - Febrero - Julio - Agosto

2.7 INDICES DE CALIDAD DEL AGUA CRUDA

Tipos de contaminación presente en la microcuenca *
Seleccione incluso más de una opción

- o ☐ Vertimientos domésticos
- o ☒ Residuos sólidos
- o ☒ Agroquímicos
- o ☐ Químicos industriales, mineros
- o ☐ Residuos orgánicos líquidos/sólidos
- o ☐ Explotaciones pecuarias: pisícolas, porcícolas
- o ☐ Explotación turística
- o ☐ Ninguno
- o ☐ Otras: _____

Contaminación de aguas por descargas de residuos líquidos *
Número de descargas

0

Tipo de descargas *: Seleccione incluso más de una opción

- o ☐ Puntuales
- o ☐ Domésticas

o ☐ Dispersas o ☐ Industriales

o ☐ Otras: _____

3. INFRAESTRUCTURA, ADMINISTRACIÓN Y SISTEMA DE TRATAMIENTO (POTABILIZACIÓN)

3.1 ESTRUCTURA DE CAPTACIÓN

Caudal promedio captado en la estructura de captación LPS *: 2.5

Número de captaciones existentes *: 1

Tipo de captación existente * Seleccione una de las opciones

- o ☒ Bocatoma
- o ☐ Dique
- o ☐ Galería filtrante
- o ☐ Artesanal

Especificar cantidad de captaciones y ubicación:

Una Sola Captación en Muy buen Estado.

Estado boscoso de los alrededores de la captación *
Seleccione una de las opciones

- o ☐ Protegido
- o ☒ Desprotegido
- o ☐ Otro: _____

La captación posee delimitación (Cerca) para evitar el acceso de extraños *
Seleccione una de las opciones:

- o ☐ Si
- o ☒ No

Observaciones:

No hay cerco Perimetral y hay Camino

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

Cuando llueve la captación se tapona? * Seleccione una de las opciones

- o [X] Si
- o [ ] No
- o [ ] No sabe
- o [ ] Sin dato

Al momento de la visita la captación se encuentra libre de objetos extraños? *

- o [X] Si
- o [ ] No

Observaciones: No presenta objetos ni exceso de material orgánico

Problemas comunes de operación y mantenimiento en la captación *

	Si	No	A veces	No sabe
Obstrucción de la rejilla, granada	[ ]	[X]	[ ]	[ ]
Acumulación de lodos en el fondo	[X]	[ ]	[ ]	[ ]

Estado físico de la captación *

- o [X] Bueno
- o [ ] Regular
- o [ ] Malo
- o [ ] No sabe
- o [ ] Sin dato

Periodicidad del mantenimiento de la captación *Seleccione una de las opciones presentadas

- o [ ] Diario
- o [ ] Semanal
- o [X] Quincenal
- o [ ] Mensual
- o [ ] Trimestral
- o [ ] Semestral
- o [ ] Anual
- o [ ] Otro: _____

El funcionamiento de válvulas, compuertas, tapones es: *

o [X] Bueno o [ ] Malo o [ ] Otro:

o [ ] Regular o [ ] No tiene

Amenazas presentes en la proximidad de la captación *

	Si	No	A veces	No sabe	Sin dato
Deslizamientos	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Inundaciones	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Avalanchas	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Taponamientos	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]
Desabastecimiento agua cruda	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]

3.2 RED DE CONDUCCIÓN

Tipo de conducción predominante *

Seleccione una o más de las opciones presentadas

o [ ] Canal abierto

o [ ] Canal tapado

o [X] Tubería

o [ ] Manguera

o [ ] Combinado

o [ ] Otro:

Información específica sobre la red de conducción:

Tramos	Longitud de la red en metros	Diámetro pulgadas	Edad de la red en años	Estado actual de la red : bueno, regular, malo	Presencia de fugas: si/no
1	100	3"	42	Bueno	No
2					
3					
4					

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

3.3 SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO

1. **Tipo de estructuras disponibles para la potabilización ***

	Bueno	Regular	Malo	No tiene	Sin datos
Desarenador	X				
Coagulación-floculación				X	
Sedimentador				X	
Filtración	X				
Tanque de almacenamiento	X				
Caseta de cloración	X				
Desinfección	X				

2. **Mantenimiento de las estructuras disponibles para la potabilización ***

	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	Otros	Sin datos
Desarenador			X						
Coagulación-floculación									
Sedimentador									
Filtración			X						
Tanque de almacenamiento			X						
Caseta de cloración			X						
Desinfección			X						

Responsable del mantenimiento de las estructuras * Seleccione una de la opciones presentadas

- o X Fontanero
- o Técnico
- o Supernumerario
- o Ninguno

3. **Empleo de sustancias químicas para la potabilización ***

	Si	No	A veces	Sin datos
Sulfato de aluminio	○	X	○	○
Carbón activado	○	X	○	○
Cal	○	X	○	○
Cloro liquido	X	○	○	○
Cloro granulado	○	X	○	○
Cloro gaseoso	○	X	○	○
Cloro en pastillas	○	X	○	○

	Comentarios:
	La Claración Se hace Permanente

3.4 CLORACIÓN DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO

Se lleva a cabo la desinfección permanente del agua *

- o X Si
- o ○ No
- o ○ Intermitente
- o ○ Otro: _____

Especifique el sistema de dosificación de cloro empleado *

- o X Goteo por gravedad
- o ○ Goteo mecánico
- o ○ Gaseoso
- o ○ No
- o ○ Otro: _____

Dispone de elementos de protección personal para el manejo de cloro? *

- o X Si
- o ○ No
- o ○ No sabe
- o ○ Otro: _____

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

Dispone de comparador de cloro para las demandas y dosificación? *

- o [x] Si
- o [ ] No
- o [ ] Sin reactivos
- o [ ] No lo sabe manejar
- o [ ] A simple vista

Dispone del registro de cloración del agua *

- o [ ] Si
- o [x] No
- o [ ] Desactualizado

Comentarios:

La Cloración es Continua, no se hace registro de cloración.

3.5 ALMACENAMIENTO DEL AGUA

Número tanque(s) almacenamiento *_____ Tipo: Enterrado ___ Semienterrado____ Superficial __

Tanque No	1	2	3	Estable sin riesgos de deslizamientos: S/N	Mantenimiento adecuado de los alrededores? S/N
Volumen de agua m3	36			Si	Si
Largo: metros	4				
Alto: metros	3				
Total de agua almacenada: m3	36				

Infraestructura del tanque de almacenamiento *

Bueno	Malo	No tiene	Sin datos

Tapas	X			
Rejillas	X			
Reboses	X			
Válvulas	X			
Control ingreso plagas e insectos	X			
Caseta de cloración	X			
Puerta de ingreso a la caseta	X			
Dosificador de cloro	X			

Comentarios:

Muy buen Estado de la infraestructura

3.6 RED DE DISTRIBUCIÓN

Longitud de la red en kilómetros * 4

Material predominante en la red *

- o [X] PVC
- o [ ] Asbesto-cemento
- o [ ] Manguera
- o [ ] Otro
- o [ ] Eternit
- o [ ] Hierro galvanizado
- o [ ] Otro:

Información específica sobre la red de distribución:

Tramos	Longitud de la red en metros	Diámetro pulgadas	Material	Edad de la red en años	Estado actual de la red : bueno, regular, malo	Presencia de fugas: si/no
1	3000	2 1/2 - 1/2	PVC	12	Bueno	No
2	1000	2 1/2 - 1/2	PVC	12	Bueno	No

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

3

4

Problemas e inconvenientes con relación a la red de distribución *

	Si	No	A veces	Sin dato
Ocurrencia de fugas, rupturas	X			
Se demoran las reparaciones		X		
Existen tramos a la intemperie		X		
Suspenden el servicio con frecuencia		X		
Avisan cuando van a suspender el servicio	X			

4.USUARIOS

Uso predominante del agua *

- o [X] Consumo humano
- o [ ] Uso agropecuario
- o [ ] Ambos
- o [ ] Otro: _____

Cuenta con programa de uso racional del agua *

- o [ ] Si
- o [X] No
- o [ ] No sabe
- o [ ] Otro: _____

Entidad responsable del Programa? *: _____

4.1 Reportes de calidad del agua: Laboratorio de Salud Pública IRCAS

En caso de haber sido incluido en los muestreos de calidad del agua por parte del Técnico de Salud Ambiental Municipal

Reporte de últimos muestreos: IRCAS * Especificar las fechas a un lado de la tabla

	Potable	No potable	Sin dato	Fecha dma
Muestreo 1	○	✗	○	
Muestreo 2	○	○	○	
Muestreo 3	○	○	○	

Reporte de últimos muestreos: IRCAS *: Calidad FQ + MB

	Cumple	No cumple	Sin dato
Turbiedad	✗	○	○
Color	✗	○	○
Cloro residual	○	✗	○
Coliformes fecales	○	✗	○
Coliformes Totales	✗	○	○

4.2 Continuidad en la prestación del servicio de acueductos: IRABA

Este bloque sirve para el cálculo del IRABA (índice de riesgo por abastecimiento)

Frecuencia con la que se suspende el servicio en un mes en promedio *

	Siempre	Nunca	A veces	Casi siempre	No sabe	Sin dato
Diaria por horas	○	○	✗	○	○	○
Diario completo	○	✗	○	○	○	○
Semanal por días	○	○	✗	○	○	○
Semanal por horas	○	✗	○	○	○	○
Quincenal por días	✗	○	○	○	○	○
Quincenal por hora	○	○	✗	○	○	○
Mensual por días	○	○	✗	○	○	○
Mensual por horas	○	✗	○	○	○	○
Se avisa a la gente los cortes del servicio	✗	○	○	○	○	○

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA **Secretaría de Salud** **GESTIÓN EN SALUD** **SALUD PÚBLICA** **FORMULARIO INSPECCIÓN SANITARIA DE ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS**
Versión: 0	Vigencia: 05-2015

Comentarios:
En General se hace un buen Manejo de Todo el Sistema

RESPONSABILIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

Por la Secretaría de Salud Departamental:

Nombre y apellidos: Hubo A. Calle M.

Cargo: T.S.A. Contratista

Email del funcionario y/o contratista *: hac-123@hotmail.com

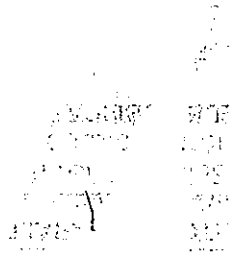
Por parte del acueducto y/o comunidad encuestada *

Nombre y apellidos *:

Teléfono de contacto comunidad *: 3167910368







1286

wikiloc (https://es.wikiloc.com) Explora (https://es.wikiloc.com/wikiloc/create.do) Regístrate (https://es.wikiloc.com/wikiloc/signingup.do)

(https://es.wikiloc.com/rutas/senderismo)
Senderismo (Rutas Senderismo en Colombia (https://es.wikiloc.com/rutas/senderismo/colombia) → Risaralda (https://es.wikiloc.com/rutas/senderismo/colombia/risaralda) → Apía (https://es.wikiloc.com/rutas/senderismo/colombia/risaralda/apia))

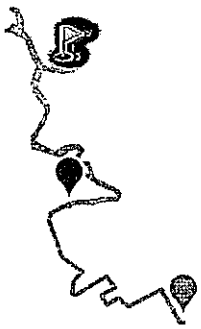
Visita Acueducto rural vereda La María - Apia

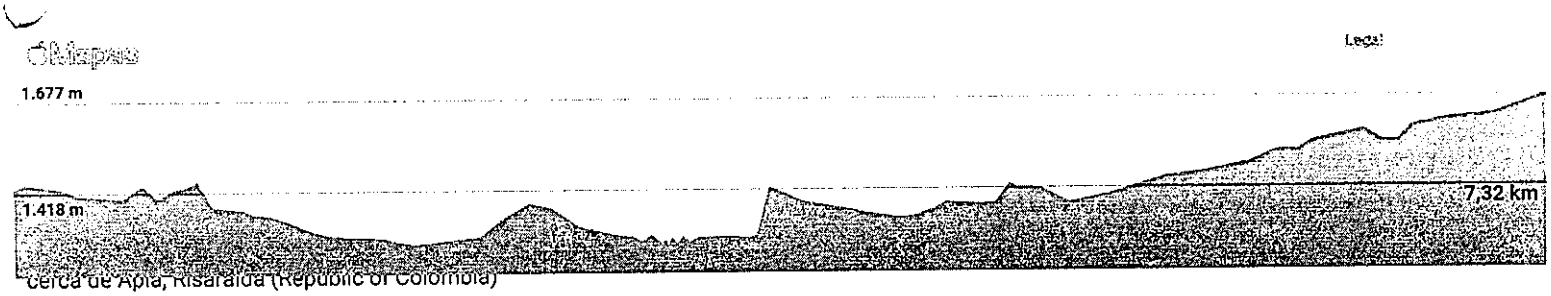
Descarga (https://es.wikiloc.com/wikiloc/download.do?id=103692364)

Sé el primero en aplaudir

Aplaude Comenta Guarda en una Lista Comparte

Mapas





Autor
HUBERhuberalejandrocalle
(https://es.wikiloc.com/wikiloc/user.do?id=9654083)

(https://es.wikiloc.com/wikiloc/user.do?id=9654083)

61 (https://ayuda.wikiloc.com/article/55-que-es-el-userrank-de-wikiloc) 16 (https://es.wikiloc.com/wikiloc/user.do?id=9654083) 117 (https://es.wikiloc.com/wikiloc/user.do?id=9654083)

He realizado esta ruta

Distancia 7,32 km	Desnivel positivo 456 m
Dificultad técnica Moderado	Desnivel negativo 332 m
Altitud máxima 1.677 m	Trailrank 20
Altitud mínima 1.418 m	Tipo de ruta Solo ida



Tiempo en movimiento
una hora 34 minutos
Tiempo
4 horas 39 minutos
Coordenadas
691
Fecha de subida
24 de mayo de 2022
Fecha de realización
mayo 2022

(/premium?ref=feature-weather)

Ver la previsión meteorológica para esta ruta con Wikiloc Premium. Más información → (/premium?ref=feature-weather)

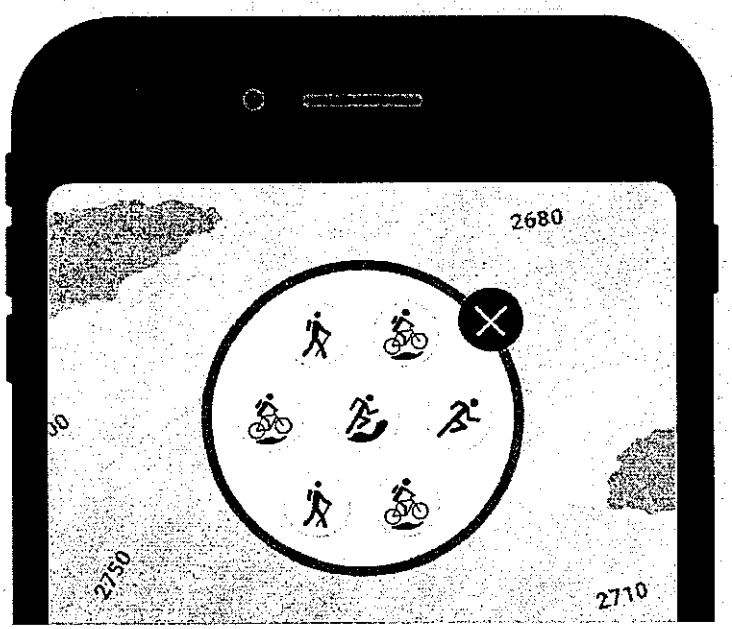
Búsqueda por Zona de Paso

Encuentra rutas que empiecen o pasen por zonas concretas que tú elijas.

1287

Pásate a Wikiloc Premium (/premium?ref=adpremium_native-search_passing_area)

Pásate a Premium para eliminar los anuncios



Visita Acueducto rural vereda La María - Apia

Foto

Foto



↑ 1.498 m

Foto

Foto



↑ 1.492 m

Foto

Foto





1.492 m

Foto

Foto



1.492 m

Foto

Foto



1.506 m

Comentarios

Si quieres, puedes **dejar un comentario** o **valorar** esta ruta

Rutas cercanas

Visita acueducto la floresta - Apia

Senderismo

Distancia
25,72 km

Desnivel +
1706 m

TrailRank
27



(/wikiloc/user.id=9654083)