| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL | **FORMATO PARA COMUNICACIONES EXTERNAS** | Código: **F-GD-07**<br>Versión: **1**<br>Fecha: **01-07-2020**<br>Página 1 de 1 |

## CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (Art. 50 de la ley 789 de 2002)

Para dar cumplimiento a lo previsto con el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el Suscrito Representante Legal de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL, con Nit. 891409025-4, se permite certificar que la mencionada entidad ha realizado los pagos de Aportes de la Seguridad Social (salud, pensión, arl) correspondientes a las nóminas de los últimos seis (6) meses.

Para mayor constancia se firma en Pueblo Rico Risaralda, a los 18 días del mes de octubre se de 2022

**LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA**
Gerente

**OSCAR JAMES OSORIO GAVIRIA**
Contador Público
TP. 86652-T

*Proyectó: José Elías Ruiz C.*

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

[illegible]

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**

[illegible]

Que el contador públic[illegible] **JAMES OSORIO GAVIRIA** [illegible]do con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 438[illegible] BALBOA (RISARALDA) Y Tarjeta Pro[illegible] No 86652-T SI tiene vigente su inscripció[illegible]unta Central de Contadores y desde los últi[illegible]s.

**NO REGISTRA A[illegible]EDENTES DISCIPLINA[illegible]** ********************************************
**********************************************************************
**********************************************************************

Dado en BO[illegible] a los [illegible] del mes de Oc[illegible] de 202[illegible] vig[illegible] de (3) [illegible] contados a partir de la [illegible] de su ex[illegible]

**DIRECT[illegible]ENERAL**

ESTE CERTIFIC[illegible]TAL TIENE PL[illegible] VALIDEZ DE C[illegible]IDAD CON LO ESTABLECIDO [illegible]CULO 2 [illegible]EY 527 D[illegible]RETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 [illegible] PAR[illegible] LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este ce[illegible], lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

290

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.380.304
OSORIO GAVIRIA
APELLIDOS
OSCAR JAMES
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1969
BALBOA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.81 A+ M
ESTATURA G.S.RH SEXO
25-ABR-1988 BALBOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-2401300-54136262-M-0004380304-20041112 04698043?A 02 1338787?4

República de Colombia
Ministerio de Educacion Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
86652-T
OSCAR JAMES
OSORIO GAVIRIA
C.C. 4380304
RESOLUCION INSCRIPCION 78 FECHA 18/07/02
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA



PRESIDENTE
ELOY MES SANCHEZ CORTES
9934

Banco Agrario de Colombia
*Hay más campo para todos*

# A QUIEN INTERESE

El Banco Agrario de Colombia certifica que:

HOSPITAL SAN RAFAEL HSR identificado(a) con N 891.409.025-4 se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con una Cuenta de ahorros, número 457553000246 desde 21/12/2006

Se expide esta certificación el día 18/10/2022

**BANCO AGRARIO DE COLOMBIA**

| | | |
|---|---|---|
| | **DEPARTAMENTO DE RISARALDA**<br>**Secretaría de salud**<br><br>**GESTIÓN JURÍDICA**<br>**CONTRATACIÓN**<br><br>**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | |
| Versión 0 | Vigencia 09-2012 | |

## 1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Secretaría:** | Secretaria de salud Departamental | **Dirección:** | Calle 4 con carrera 5. Pueblo Rico |
| **Número del Contrato:** | Contrato No interno 1843 SECOP II No CO1.PCCNTR.3992090 de fecha 07 de septiembre de 2022. Contratista ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO | **Informe No.:** | 01 |
| **Periodo al que corresponde el presente informe:** | DESDE SEPTIEMBRE 14 DE 2022 HASTA OCTUBRE 25 DE 2022 | **Plazo de Ejecución:** | 4 meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio sin exceder el 27 de diciembre de 2022. |
| **Contratista:** | E.S.E. Hospital San Rafael del Municipio de Pueblo Rico Risaralda | **Supervisor:** | John Jairo Soto Osorno |

## 2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES EJECUTADAS:

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 1 | El contratista se compromete a desarrollar las siguientes actividades Realizar caracterizacion social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicacion de la ficha APS "Atencion Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas existentes) a 30 viviendas de los barrios identificados por el departamento, priorizando poblacion afectada por eventos de interés en salud pública y/ o pertenecientes a las rutas integrales de atención en salud implementadas por la ESE demanda inducida a las diferentes rutas y registro en el SISAP Cantidad 30 actualizaciones de la caractenzacion Duracion Dos horas por actualización Actividad realizada por (Enfermero(a) + Coordinador PIC Producto Ficha técnica de la actividad Ficha de caracterización actualizada registro diario de llamadas reg stro | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 0 Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | fotográfico si es presencial. Se generarán 30 RIPS bajo el Código CUPS 130302 | | | |
| 2 | Realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico (Valoración de la dinamica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 30 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento Cantidad 100 actualizaciones de la caracterización Duración: 1 hora por actualización Actividad realizada por (Psicologo(a) + Coordinador). Productos. ficha técnica de la actividad, el registro diario de llamadas, registro diario en el SISAP cuando aplique | 8 | Se presenta como producto ficha técnica de la actividad realizada en casco urbano y población mestiza del municipio, registro fotográfico y listado de asistencia de 8 actividades realizadas en el casco urbano del municipio el dia 22 de octubre de 2022 por parte de la profesional en psicología. Anexa 8 fichas de Apgar familiar. Recomendaciones incluir resultados de la caracterizacion realizada y acciones | |
| 3 | Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral, realizar de forma presencial con 40 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Brindale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa. Una nueva forma de entregar beneficios y mejorar la calidad de vida del personal laboral informal Cantidad: 40 actividades individuales en Zona Urbana. Duración: 60 minutos por actividad Actividad realizada por: (Médico (a) + Auxiliar Enfermería). Producto: ficha técnica de la actividad, caracterización diligenciada, listado de asistencia y formularios diligenciados, registro fotográfico si es presencial. | 40 | se recibe ficha técnica de la actividad en la que se describe contenido y metodología de su realización, como soportes se adjunta el registro de asistencia con relacion de personas encuestadas entre el 17 y el 22 de octubre de 2022, anexa fichas de caracterización GOTI. Se verifica en el aplicativo GOTI dispuesto por la Gobernación de Risaralda 41 encuestas cargadas a la plataforma tecnológica anteriormente mencionada | |
| 4 | Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018. Cantidad: 300 | 16 | Actividad realizada en población en riesgo o con alteraciones cardio-cerebro-vascular, se presenta soporte de actividades realizadas | |

| | |
|---|---|
| | **DEPARTAMENTO DE RISARALDA**<br>**Secretaría de salud**<br><br>**GESTIÓN JURÍDICA**<br>**CONTRATACIÓN**<br><br>**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| Versión: 0 | Vigencia 09-2012 |

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | Caracterizaciones en población mayor de 18 años Zona Urbana. Duración 30 minutos por persona evaluada Producto 300 Personas evaluadas, ficha técnica de la actividad, base de datos diligenciada en formato Excel desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Actividad realizada por {Medico(a) General + Auxiliar Enfermería} Modo de verificación: Listado de personas evaluadas incluidas en archivo Excel y archivo Excel con la base de datos (Minsalud) registro fotográfico si es pertinente y ficha técnica de la actividad. | | entre 1 a l 25 de octubre con ficha técnica de la actividad, registro fotográfico y listado con 16 beneficiarios de la actividad la caracterización de esta población se realiza en el aplicativo de riesgo cardiovascular desarrollado por la Dirección de salud pública, se realiza la consulta en dicha herramienta y se validad la información reportada en físico con la incluida en este aplicativo, verificándose la coherencia de los registros. | |
| 5 | Realizar una búsqueda activa comunitaria (BAC) en las enfermedades inmunoprevenibles según lineamientos o metodología dada por el MSPS, en el tercer trimestre del año (agosto-octubre) con análisis en el mes de noviembre e información a responsables del programa de vigilancia de salud de la ESE Hospital San Rafael para los ajustes correspondientes y envió como soporte a la secretaria de Salud Cantidad 300 viviendas visitadas. Media hora por vivienda Actividad realizada por: {enfermera + Auxiliar Enfermería | 0 | En desarrollo | **Actividad en desarrollo** |
| 6 | Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con la salud mental (prevención y mitigación del consumo de SPA, prevencion del suicidio en adolescentes, stress por el confinamiento, depresión), prevención de consumo de tabaco, hábitos saludables, nutrición sana, actividad física autoestima, resiliencia asertividad, prevencion de Infecciones de Transmisión Sexual, Promoción de la Sexualidad Sana, espacios libres de humo. Prevención de embarazos en adolescentes entre otros, en el marco de la estrategia Zonas de Orientacion Escolar, mediante la difusión de dos videos cortos (1 a 3 minutos cada uno) por redes sociales y página web institucional garantizando difusión masiva se entregará como evidencia los videos y evidencia de difusión en redes sociales Producto personas con información Cantidad 200 Actividad realizada por Psicólogo | 0 | En desarrollo | **Actividad en desarrollo** |

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión 0 | Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | enfermero y comunicador social. Difusión por comunicador social. Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10104. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Se entregará copia de los videos utilizados para realizar la actividad. Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la Gobernación de Risaralda. | | | |
| 7 | "Realizar actividades de información a 200 personas dirigida a cuidadores de niños y niñas en primera infancia, infancia y adolescencia, población menor de 18 años y gestantes, con el objetivo de promover las prácticas de cuidado en salud bucal, el acceso a las intervenciones y la intensificación de la aplicación de barniz de flúor, que integran la Estrategia Incremental de Cuidado y Proteccion Especifica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia | 0 | En desarrollo | **Actividad en desarrollo** |
| 8 | "Soy Generación más Sonriente" IEC a 200 niños y/o cuidadores, sesiones de 30 minutos por persona. Cantidad: 200 personas con IEC. Listado de asistencia. Actividad por odontólogo y auxiliar de enfermería. Se generaran 200 RIPS con el CUPS I 10304." | 191 | se recibe ficha técnica de la actividad en la que se describe contenido y metodología de su realización, de igual forma en los soportes listados de asistencia describe que se realizó entre 27 de septiembre y 7 de octubre de 2022. con la participación de médico, ingeniera ambiental y enfermera: anexa listados de asistencia y certificado de difusión del video por parte del comunicador de la ESE. Como producto se recibe un video y listado de cumplimiento de actividades con 191 beneficiarios. | |
| 9 | Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dengue, Malaria, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria prevencion y manejo de posibles criaderos de mosquitos mantenimiento de tanques, manejo de inservibles, dirigido a población general, mediante la difusión de 1 videos | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**
**Secretaría de salud**

**GESTIÓN JURÍDICA**
**CONTRATACIÓN**

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión: 0 Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | cortos (1 a 5 minutos) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales Producto personas con información Cantidad 200 Actividad realizada por Médico, enfermero, ingeniero ambiental y comunicador social. Difusión por comunicador social Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10304. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado Se entregará copia de los videos utilizados para realizar la actividad Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la Gobernación de Risaralda | | | |
| 10 | Realizar ochenta (80) intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables, dirigida a población de riesgo (EPOC menores de 5 años) de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, de acuerdo a los mensajes clave definidos y disponibles por el ministerio de salud y canalización hacia los servicios de salud promoción y prevención. Se entregara como evidencia el registro de asistencia registro de necesidades, demanda inducida a las diferentes rutas Producto personas con intervención educativa Cantidad 80 Actividad realizada por profesional de enfermería y auxiliar de enfermería Se generarán 80 RIPS bajo el CUPS I10301 | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 11 | Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con prevención del trabajo infantil (2) y prevención de lesiones por quemaduras por pólvora (2) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar mediante actividades masivas de información Cantidad beneficiarios 200 personas mínimos Actividad realizada por enfermero y Auxiliar de enfermería Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10102. Se entregara el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Cada actividad 30 minutos | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 12 | Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas, en violencia familiar con énfasis en las líneas de ayuda, rutas de activación de notificación y formas de denunciar ante un caso de violencia. | 16 | se recibe ficha técnica de la actividad en la que se explica el contenido de la | |

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
**Secretaria de salud**

**GESTIÓN JURÍDICA**
**CONTRATACIÓN**

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión 0 Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | dirigidos a poblacion general de los barrios caracterizados y priorizados por el Departamento. Producto: ficha técnica de la actividad, registro fotografico cuando aplique el registro de asistencia. Actividad realizada por: Psicologo y auxiliar de enfermeria. 30 minutos por actividad | | sensibilización desarrollada, registro fotografico y listado de cumplimiento de la actividad; la cual se desarrollo el dia 20 de octubre en el casco urbano de pueblo rico, con 16 personas registradas en el mismo. Pendiente | |
| 13 | Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos dirigido a población de riesgo de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, dichas intervenciones deben desarrollarse vía telefónica y/o encuentros presenciales con grupos de 2 a 3 personas. Producto: 30 fichas tecnicas de la actividad, registro fotografico cuando aplique, el registro de asistencia, Actividad realizada por: (Enfermero(a) + Auxiliar Enfermeria + Coordinador) Cantidad: 30 personas sensibilizadas. | 0 | | **Actividad en desarrollo** |
| 14 | Caracterizar 100 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE. Producto: ficha técnica de la actividad, base de datos diligenciada en formato Excel desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Cantidad: 100 personas caracterizadas. Duración: 30 minutos por persona evaluada. Actividad realizada por: (Médico (a) General + Auxiliar Enfermeria + Auxiliar de enfermeria (Promotor indígena) + Coordinador PIC). Modo de verificación: Listado de personas evaluadas incluidas en archivo Excel y archivo Excel con la base de datos (Minsalud), registro fotografico si es pertinente y ficha tecnica de la actividad. Producto: Persona evaluada | 85 | Actividad realizada en población en riesgo o con alteraciones cardio-cerebro-vascular con pertenencia étnica indígena, se presenta soporte de actividades realizadas entre 1 a l 25 de octubre con ficha técnica de la actividad, registro fotográfico y listado con 85beneficiarios de la actividad; la caracterización de esta población se realiza en el aplicativo de riesgo cardiovascular desarrollado por la Direccion de salud publica, se realiza la consulta en dicha herramienta y se validad la informacion reportada en fisico con la incluida en este aplicativo, verificándose la coherencia de los registros. | |

| | |
|---|---|
| | **DEPARTAMENTO DE RISARALDA**<br>**Secretaría de salud**<br><br>**GESTIÓN JURÍDICA**<br>**CONTRATACIÓN**<br><br>**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| Versión 0 | Vigencia 09-2012 |

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 15 | Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con las Enfermedades objeto del Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria, prevención de estas enfermedades, promoción de la vacunación, dirigido a poblacion general, mediante actividades individuales de información en salud Media hora por actividad. Producto personas con información Cantidad 200. Actividad realizada por enfermero, y auxiliar de enfermeria (promotor indigena). Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10304. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. | 227 | La actividad se desarrolla entre el 3 y 25 de octubre de 2022. resguardos indigenas del municipio; se presenta ficha técnica de la actividad explicando contenido y metodologia de las acciones. registro de asistencia con 227 registros individuales de beneficianos, en las jornadas realizadas en: Comunidad de la loma 3 al 10 de octubre de 2022. Bajo san juan entre el 11 y el 20 de octubre de 2022, Santa marta el 21 de octubre de 2022, resguardo Dokabu los dias 22 y 24 de octubre de 2022 | |
| 16 | Desarrollar una estrategia de Información Educación y comunicación en temas relacionados con prevencion del trabajo infantil y una de prevención de lesiones por quemaduras por polvora (esta ultima se realizará durante la temporada decembrina) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar y realizar la difusión a los directivos de la Cada institución educativa y estos a su vez a la comunidad estudiantil (padres y estudiantes). Se realizarán actividades de información en salud a 100 personas. Producto: Persona con información en salud. Registro de actividades, registro fotografico, evidencia y/o certificados de autoridad indigena. Actividad realizada por: Psicólogo(a) + Enfermero(a) + Auxiliar de enfermeria (Promotor indigena). | 111 | Actividad realizada el 20 de octubre de 2022 en el Colegio Kundumi de zona rural de pueblo rico la actividad se desarrolla por psicóloga en esta ocasión se dirigió principalmente a la población escolarizada de la institución educativa Presenta ficha técnica de la actividad. registro de cumplimiento con 111 beneficiarios. registro fotografico | |
| 17 | Realizar actividades de información a 100 personas sobre temas relacionados con en la salud mental prevencion y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescente. Promocion de la Sexualidad Sana, prevención consumo de tabaco y/o espacios libres de tabaco entre otros, dirigido a población general, mediante actividades individuales de información en salud. Media hora por actividad. Producto personas con información. Cantidad 100. Actividad realizada por enfermero y | 0 | Pendiente | Actividad en desarrollo |

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 0 | Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | auxiliar de enfermería (promotor indígena) Se generaran 100 RIPS con el CUPS I 10304 Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. | | | |
| 18 | Realizar seguimiento de las condiciones nutricionales de niños, jóvenes o adolescentes indígenas ( priorizando los niños jóvenes o adolescentes indígenas la información será toma de los datos de valoración realizada el año pasado donde se reportaron y los niños que estaban en la tabla de valoracion en rojo y amarillo. el mayor numero de casos de niños con Desnutrición hacer el seguimiento La información deberá ser digitada en formato físico y en formato electrónico en tablas de Excel acorde a los requerimientos de la Dirección Operativa de Salud Publica o del Supervisor del contrato. Producto valoración de las condiciones nutricionales. datos en Excel. segun valoraciones. del año pasado. Se deberán valorar por lo menos 400 niños Evidencia: ficha técnica de la actividad, listados. tabla en Excel. Actividad realizada por: Enfermero(a) + Nutricionista + Auxiliar de enfermería (Promotor indígena). Media hora por intervención. Generar 400 RIPS con el CUPS I10412. | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 19 | Realizar intervenciones de educación individual dirigida a cuidadores de niños y niñas en primera infancia, infancia y adolescencia. población menor de 18 años y gestantes, con el objetivo de promover las prácticas de cuidado en salud bucal, el acceso a las intervenciones y las intensificacion de la aplicacion de barniz de flúor, que integran la Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Especifica en Salud Bucal para la Primera Infancia. Infancia y Adolescencia "Soy Generacion más Sonriente" IEC a 100 niños y/o cuidadores. sesiones de 30 minutos por persona. vía telefonica y/o video llamada y/o presencial -según condiciones COVID 19- Producto. ficha técnica de la actividad, registro de asistencia. registro de llamadas, certificación de la actividad. registro fotográfico. Actividad realizada por: Odontólogo(a) + Auxiliar de enfermería (Promotor Indígena) 100 RIPS con CUPS I11404 | 72 | Actividad desarrollada por higienista y odontólogo entre el 4 y 14 de octubre en las comunidades indígenas de Bajo Palmar (4 de octubre de 2022). Bajo san juan (14 de octubre de 2022). Kemberdé (6 y 7 de octubre de 2022), adjunta ficha técnica de la actividad, registro fotográfico y listado de asistencia con 72 registros de beneficianos La actividad en este punto se realizó dirigida a niños y niñas | |
| 20 | Realización de acciones de control de vectores mediante la instalación de 500 toldillos en veredas priorizadas por la Secretaria de Salud de Risaralda y dar educación en prevencion de Malaria, sobre mecanismos de prevención. signos y síntomas de enfermedades transmitidas por vectores Duración. 1 hora por | 129 | Esta actividad se desarrolla en población indígena de las veredas Guayabales (1 y 3 de octubre) La Loma (12. 13 y 14 de octubre) y Buenos Aires | |

| | |
|---|---|
| | **DEPARTAMENTO DE RISARALDA**<br>**Secretaria de salud**<br><br>**GESTIÓN JURÍDICA**<br>**CONTRATACIÓN**<br><br>**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| Versión 0 | Vigencia 09-2012 |

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | actividad. Producto: Persona con información en salud, registro de asistencia, registro fotográfico (Toldillo instalado). Cantidad 500 toldillos instalados. Actividad por: Coordinador PIC y Auxiliar Enfermería (Promotor Indígena). 500 RIPS con CUPS I20202 | | (15 y 16 de octubre) y Barakurura (18,19,20.21 y 22 de octubre). Adjunta ficha técnica en la que se describe la metodología y desarrollo de dicha actividad entre el 1 y 22 de octubre de 2022; registro fotográfico y listados de asistencia con 129 registros de beneficiarios de la actividad. | |
| 21 | Desarrollar intervenciones de Información Educación y comunicación en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables mediante 50 actividades de información a población general con énfasis en cuidadores y docentes. Media hora por actividad. Producto: registro de actividades y/o certificados de autoridad indígena. Actividad realizada por: Médico(a) General+ Enfermero(a) + auxiliar de enfermería (promotor indígena). 50 RIPS con CUPS I11301 | 50 | Actividad realizada en la zona rural del municipio, dirigida a familias indígenas de las comunidades de Bajos San Juan y bajo Barakirura, las actividades se desarrollan los días 6,7 y 8 de octubre de 2022; se presenta ficha técnica de la actividad registro fotográfico y listados de asistencia con 50 beneficiarios | |
| 22 | Desarrollar estrategias de Información Educación y Comunicación en temas relacionados con las Enfermedades Transmitidas por Vectores: Dengue Malaria con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria prevención y manejo de posibles criaderos de mosquitos, mantenimiento de tanques, manejo de inservibles, dirigido a población general, con una duración de 30 minutos, dirigidos a población general. Producto: ficha técnica de la actividad, registro fotográfico, videos, evidencia y/o certificados de la difusión en los medios de comunicación utilizados. Actividad realizada por: {Médico(a) General + Enfermero(a) + Comunicador(a) Social} Producto: registro de actividades y/o certificados de autoridad indígena. Actividad realizada por: Medico(a) General+ Enfermero(a) + auxiliar de enfermería (promotor indígena). Cantidad 100 personas. 100 RIPS con CUPS i20205 | 126 | Se entrega ficha técnica de la actividad con metodología y desarrollo de la actividad registro fotográfico de la actividad y capturas de pantalla de la difusión por redes sociales, certificación de publicación y video en medio magnético tratando los temas referentes a enfermedades trasmiticas por vectores se anexa tambien listado de asistencia con 126 beneficiarios de la actividad | |

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Version 0 | Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 23 | Desarrollar 3 intervenciones de información educación y Comunicación (Infograma) en temas relacionados con la salud (prevención de enfermedades de transmisión hídrica y alimentaria - Enfermedad diarreica aguda - enfermedades transmitidas por alimentos) dirigida a cuidadores (padres, abuelos, docentes, funcionarios de jardines infantiles), funcionarios de ICBF, entre otros, página Web y redes sociales de la ESE. Producto: Ficha tecnica de la actividad, material educativo, registro del contacto de en cada institución educativa, registro fotográfico, evidencia y /o certificad de difusión en los medios de comunicación utilizados, actividad realizada por profesional en medicina, enfermería y Auxiliar de enfermeria (Promotor indígena) | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 24 | Realizar la actualización de la caractenzación (presencial o telefónica según condiciones COVID 19) del componente psicológico (Valoración de la dinamica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 30 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA. Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento. Cantidad: 30 actualizaciones de la caracterización. Duración: 1 hora por actualización. Actividad realizada por: (Psicologo(a) + Auxiliar Enfermeria (Promotor Indígena)). Productos ficha técnica de la actividad, el registro diario de llamadas, registro diario en el SISAP cuando aplique. | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 25 | Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas, en violencia familiar, con énfasis en las líneas de ayuda, rutas de activación de notificación y formas de denunciar ante un caso de violencia, dirigidos a población general de los barrios caracterizados y priorizados por el Departamento dichas intervenciones se desarrollan vía telefónica, video llamada y/o presencial -según condiciones COVID 19- Producto: ficha técnica de la actividad, registro fotográfico cuando aplique, el registro de asistencia. Actividad realizada por: (Psicologo(a) y Auxiliar Enfermeria (Promotor Indígena) | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 26 | Realizar un encuentro comunitario sobre parto seguro con parteras y jaibanas para buscar acercamientos entre la medicina ancestral indígena y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, | 0 | Penciente | |

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**
**Secretaria de salud**

**GESTIÓN JURÍDICA**
**CONTRATACIÓN**

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión: 0 | Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | respetando el Plan de Vida de la comunidad Indigena Estos encuentros se coordinaran con el Gobierno indigena y deberá contar con participación de parteras y jaibanas, funcionarios de la ESE y/o DLS Cantidad 1 Encuentro comunitario 30 parteras y/o jaibanas Duración 2 dias para el encuentro (16 horas). Productos 30 personas con información en salud. Listado de asistencia y certificación de autoridad indigena y registro fotográfico. Actividad Realizada. Médico, Coordinador PIC, Psicólogo. Enfermero. Auxiliar de enfermeria (Promotor Indigena). | | | |
| 27 | Realizar caractenzación social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS "Atención Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas existentes) a cincuenta (50) viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por la Dirección Local de Salud de Pueblo Rico, priorizando población afectada por eventos de interés en salud publica y/ o pertenecientes a las rutas integrales de atención en salud implementadas. Se realizará canalización y remisión de las personas identificadas según curso de vida a la Ruta de Mantenimiento y Promoción de la Salud y los usuarios insistentes y/o susceptibles de pertenecer a las diferentes RIAS y programas de Salud publica Se entregará como evidencia el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado y os respectivos RIPS bajo el Codigo CUPS i30302, ademas de la información cargada adecuadamente en el SISAP y copia de la demanda inducida a las diferentes rutas Dos horas por actividad. Producto Ficha actualizada RIPS generados Cantidad 50 Actividad realizada por profesional de enfermeria. | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 28 | Realizar la actualizacion de la caracterización del componente psicológico (Valoración de la dinamica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 50 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud publica reportada al SIVIGILA Violencias evitables con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento Productos: ficha técnica de la actividad, el registro diario de llamadas, registro diario en el SISAP cuando aplique Duracion 1.5 horas por actividad. Actividad realizada por (Psicólogo (a)) | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión: 0 | Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| 29 | Desarrollar una estrategia de Información Educación y comunicacion (marcha con participacion de 100 personas ) en temas relacionados con prevencion del trabajo infantil y una de prevención de lesiones por quemaduras por polvora (esta última se realizara durante la temporada decembrina) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar y realizar la difusion a los directivos de la Cada institucion educativa y estos a su vez a la comunidad estudiantil (padres y estudiantes) Producto: Ficha técnica de la actividad, copia del material producido y registro del contacto en cada institución educativa, registro fotográfico, evidencia y/o certificados de la difusion en los medios de comunicación utilizados. Actividad realizada por (Psicólogo(a) + Enfermero(a) + Auxiliar de enfermeria | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 30 | Realizar sesenta (60) Intervenciones educativas sobre lactancia materna: Ventajas, técnicas de amamantamiento y mitos entre otros, dirigida a madres gestantes, por medio de un video educativo del Ministerio de Salud, dichas intervenciones deben desarrollarse presencial en grupos de maximo 3-5 gestantes (con la precaucion de tener distanciamiento social y uso de EPP), se entregara como evidencia: video educativo utilizado, formato de registro de asistencia diligenciado y registro fotográfico. Cantidad 60. Producto intervención educativa. Se generarán 60 RIPS con el código 110605. Actividad realizada por profesional en enfermeria. | 62 | Actividad desarrollada en la ESE comunitario en el corregimiento de Santa Cecilia, se realiza dirigido a gestantes afrodescendientes, adjunta ficha técnica de la actividad, registro de asistencia con 62 beneficiarios y en medio magnético video con contenido referente a lactancia materna. Actividad realiza entre el 11 y el 14 de octubre de 2022. | **Actividad en desarrollo** |
| 31 | Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral, para implementar en 20 trabajadores. Actividades individuales de 60 minutos sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Brindale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa Una nueva forma de entregar beneficios y mejorar la calidad de vida del personal laboral informal. Cantidad. 20. Duración 60 minutos por actividad. Actividad realizada por. Médico (a) + Auxiliar Enfermeria Producto ficha técnica de la actividad, caracterización diligenciada, listado de asistencia y formularios diligenciados, registro fotográfico si es presencial | 0 | Pendiente | **Actividad en desarrollo** |
| 32 | Realizar Cincuenta (50) intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en | 50 | La actividad se realiza en el corregimiento de santa cecilia. | |

**DEPARTAMENTO DE RISARALDA**
**Secretaría de salud**

**GESTIÓN JURÍDICA**
**CONTRATACIÓN**

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Versión: 0 | Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables, dirigida a población de riesgo (EPOC, menores de 5 años) de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, de acuerdo a los mensajes clave definidos y disponibles por el ministerio de salud y canalización hacia los servicios de salud promoción y prevención Se entregará como evidencia el registro de asistencia, registro de necesidades, demanda inducida a las diferentes rutas Producto personas con intervención educativa. Cantidad 50. Actividad realizada por profesional de enfermería y auxiliar de enfermería. Se generarán 50 RIPS bajo el CUPS I10301 | | carco urbano y barrio cinto. se presenta Ficha técnica de la actividad, registro fotográfico de la actividad, y listado de asistencia con 50 beneficiarios de etnia afrodescendiente | |
| 33 | Realizar actividades de información a 50 personas sobre temas relacionados con la salud mental (prevención y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescentes, stress por el confinamiento, depresión) prevención de consumo de tabaco, hábitos saludables, nutrición sana, actividad física autoestima, resiliencia, asertividad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, Promoción de la Sexualidad Sana, espacios libres de humo, Prevención de embarazos en adolescentes, entre otros, en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar mediante la difusión de dos videos cortos (1 a 3 minutos cada uno) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales Producto personas con información Cantidad 50 Actividad realizada por Psicólogo, enfermero y comunicador social Difusión por comunicador social Se generarán 50 RIPS con el CUPS I 10104. Se entregara el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Se entregará copia de los videos utilizados para realizar la actividad Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la Gobernación de Risaralda | 13 | La actividad se ejecuta el 15 de octubre de 2022, a cargo de la profesional en psicología, estas actividades se realizan en el corregimiento de Santa Cecilia y son dirigidas a la poblacion afrodescendiente. Presenta ficha tecnica de la actividad, video en medio magnético certificado de publicación firmado por comunicador social registro fotografico y registros asistenciales con 13 beneficiarios. | |
| 34 | Caracterizar 200 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabolicas manifiestas priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE Producto ficha tecnica de la actividad, base de datos diligenciada en formato Excel | 0 | Pendiente | Actividad en desarrollo |

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de salud

GESTIÓN JURÍDICA
CONTRATACIÓN

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 0 | Vigencia 09-2012

| | OBLIGACIONES PACTADAS/ALCANCES DEL CONTRATO (*) | ACTIVIDADES EJECUTADAS (**) | EVIDENCIAS / SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES (***) | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social Duración 30 minutos por persona evaluada Modo de verificación Listado de personas evaluadas incluidas en archivo Excel y archivo Excel con la base de datos (Minsalud), registro fotografico si es pertinente y ficha técnica de la actividad Producto Persona evaluada. Cantidad 200 Actividad realizada por {Médico (a) General + Auxiliar Enfermería + Coordinador PIC}. | | | |
| 35 | Realizar intervenciones de educación para la salud incorporando aspectos de alimentación y nutrición en el entorno hogar y comunitario con priorización a familias con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales, partiendo del reconocimiento de prácticas, usos y costumbres de la comunidad y acceso a oferta alimentaria; buenas practicas de manipulación de alimentos en el hogar Cantidad: 20 Intervenciones de educación. Población Beneficiada mínimo 5 por intervención. Duración. 1 hora por taller. Producto: ficha técnica de la actividad, registro de asistencia, registro fotográfico certificacion de la actividad. Actividad Realizada por {Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería}. | 20 | La actividad se ejecuta el 7 y 8 de octubre de 2022, a cargo de la profesional en enfermería y auxiliar de enfermería, estas actividades se realizan en el corregimiento de Santa Cecilia y son dirigidas a la poblacion afrodescendiente Presenta ficha técnica de la actividad, registro fotografico y registros asistenciales con 20 beneficiarios. | |

LUZ ELENA VASQUEZ VALENCIA
C.C. 31.578.496

# ESE HOSPITAL SAN RAFAEL [665720081601]

NIT 891.409.025-4
Calle 4 con Carrera 5 Esquia - TELS: 3216363540 - FAX: . - MAIL: ventanillaunica@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co
PUEBLO RICO, RISARALDA

Cufe: 98b2afd816f115545c529db9355f78a9d21153a4a4074263f442139237637e61c52f8f35c7cb82a738ff126ce6191fa5

| | |
|---|---|
| Fecha: | Viernes, 28-Oct-2022 |
| Fecha de radicación: | Viernes, 28-Oct-2022 |
| Cliente: | DEPARTAMENTO DE RISARALDA |
| NIT: | 891480085-7 |
| Dirección: | Calle 19 No 13 17 |
| Teléfono(s): | 3398300 |
| Fax: | 0 |
| Correo electrónico: | john.soto@risaralda.gov.co |

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA**

**FO179144**

Autorización de facturación según resolución DIAN 18764037434509 de 5-Oct-2022 al 5-Oct-2023, del FO 179082 al FO 179182
Fecha Recepción DIAN: 2022-10-28 16:14:32-05:00



Por concepto de prestación de servicios de salud a

| | |
|---|---|
| Regimen: | Otro régimen |
| Periodo: | Desde el Miércoles, 14-Sep-2022 hasta el Martes, 25-Oct-2022 |
| Descripción: | PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COLECTIVOS PARA LA PROMOCION DE LA SALUD Y GESTION DEL RESIGO DIRIGIDAS A LOS DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES DEL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO, ACORDE CON LOS LIENAMIENTOS Y ORIENTACIONES ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES 1841 DE 2013, 518 DEL 2015, 3280 DE 2018, DE 2021, PARA EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC |

| | |
|---|---|
| Forma de pago: | CREDITO TREINTA DIAS |
| | Vencimiento 27-Nov-2022 |

**Total facturado :**
**Total copagos/cuota moderadora :**
**Total a pagar por la empresa :**

**Valor Total :** **74,770,970.00**

**Total en letras** SETENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS

HERMÁN DAGNOBER SÁNCHEZ HENAO
COORDINADOR DE FACTURACION
1087987380

JOSE ELIAS RUIZ CARDONA
AUXILIAR ADMINISTRATIVO
94431506

**Firma Digital:**

ZKYi5kGGhYs4bpij5DK2P9JzhisVxniZwig9VRtQGpiN6zM/r38mfjtFgeaqjC+pVjSVdXgxu7bRCcQxp0G+H9SmJgmJFhyOFyQ5mHmPODQExbA9YUFseb7u1ear6hwz3GnnQ07PQYkriTM/DfqqAYCsDSbHjV4kfQOEmlCofId3UAYkicp14H0QHhZPwu5LyAZnwqcC3gx7z024ShNFZOVcqjJvaFoNGbI89m9qxsPvZwuuXkgBku1nhpVH5Jw1qFVtW2N63IxKqHgQiqNXQCkqjjgvzK0qf7JMFX7ls4M4CCu4icHSnGqOSW3MJII/mthx7y6nWD3bfti9jZqXFQ==

# PIC DEPARTAMENTAL 2022

# PUEBLO RICO, RISARALDA

# INFORME 01

## OCTUBRE 26 2022

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

# ACTIVIDAD No. 01

## Realizar caracterización social y ambiental en el entorno de vida cotidiana hogar mediante la aplicación de la ficha APS "Atención Primaria en Salud" del módulo SISAP - "Sistema de Información de Salud Pública" (fichas nuevas o actualización de fichas existentes) a 30 viviendas de los barrios identificados por el departamento, priorizando población afectada por eventos de interés en salud pública y/ o pertenecientes a las rutas integrales de atención en salud implementadas por la ESE, demanda inducida a las diferentes rutas y registro en el SISAP.

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Enfermero(a) + Coordinador PIC. |
| CANTIDAD: | 30 actualizaciones de la caracterización. |
| DURACION | Dos horas por actualización |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad, Ficha de caracterización actualizada<br>Registro fotográfico si es presencial.<br>Código CUPS I30002 |

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

# ACTIVIDAD No. 02

## Realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico (Valoración de la dinámica familiar) y fortalecer los lazos afectivos (Como estrategia prevención de consumo de SPA) en 30 viviendas de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, donde viven personas afectadas por un evento de interés en salud pública reportada al SIVIGILA: Violencias evitables, con el fin intervenir el riesgo con la entidad pertinente y de brindar información al usuario y la familia para el control del evento.

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Psicólogo(a) + Coordinador |
| CANTIDAD: | 30 viviendas |
| DURACION | 1 hora por actualización |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>registro diario en el SISAP cuando aplique.<br>RIPS con el CUPS I10104 |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

| **FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA** 11 al 22 de octubre 2022 | **No:** 2.01 | **HORA INICIO:** 7:00 am | **HORA FINALIZACIOON:** 5:00 pm |
| **OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD** | | Fortalecer los lazos afectivos entre las familias como estrategia de prevención de consumo de SPA. | |
| **Tema:** Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar. | | **No Páginas: 4** | |
| **Responsable:** Psicóloga + Coordinadora | | **Elaborado por:** Hasbleidy Mena | |
| **Lugar:** Municipio de Pueblo Rico | | **Zona:** Urbana | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD** | **1** | **Presentación** |
| | **2** | **Desarrollo de actividad** |
| | **3** | **Análisis de actividad** |

La actividad se llevó acabo en el municipio de Pueblo Rico en la zona urbana, en los barrios Centro y Progreso, en los cuales habitan personas reportadas por un evento de interés en salud pública, para ello se realizó una búsqueda en la base de datos del SIVIGILA; (Es el Sistema de Salud Pública y tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública.)

Se realiza un recorrido por las calles de los barrios antes mencionados, con el fin de hacer las visitas a las casas y

**OBERVACIONES**

- a pesar de que no es difícil el acceso a la población, el recibimiento del personal en algunas ocasiones por parte de las familias fue de forma hostil.

| | |
|---|---|
| orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública.)<br>Se realiza un recorrido por las calles de los barrios antes mencionados, con el fin de hacer las visitas a las casas y poder cumplir con el objetivo de la actividad; al llegar a las casas, se hace una presentación, se le pregunta a la persona sobre su conocimiento de PIC departamental, seguido se daba una explicación de sus siglas (La Resolución 518 define al PIC como un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud – POS, que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados. Las intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar el estado de aseguramiento. No están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos o algún tipo de cuotas.).<br>Al realizar la explicación del significado y las funciones del PIC Departamental, se explica la finalidad de la visita (realizar la actualización de la caracterización del componente psicológico) para ello se aplica el APGAR FAMILIAR (Dr. Gabriel Smilkstein). Según Suarez y Alcalá (2014):<br>El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. (p. 1) | |

| | |
|---|---|
| El test se realizó con el fin de medir la estructura de poder familiar y su funcionalidad. Se le realizó a ocho (8) familias mestizas de la zona urbana de Pueblo Rico Risaralda las áreas de poder que evaluadas fueron las siguientes: El dinero, Los hijos, el sexo, el hogar y el desarrollo personal. En el cual a final se marcaba las puntuaciones de 1: machista, 2: matrifocal y 3: democratizante. Donde de las 8 familias a las que se les aplicó el test cuatro (4) de ellas tienen una estructura de poder Matrifocal y las otras cuatro (4) democratizante; dando a entender que en ninguno de los hogares se ve evidenciado el Machismo.<br>Seguido de la estructura de poder se realizó a su vez el de funcionalidad familiar en el cual cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos de acuerdo a su calificación: 0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre y 4: siempre. Donde el total de las familias a las cuales se les aplicó tienen un funcionamiento normal.<br><br>Posterior a ello se explica la importancia de fortalecer los lazos afectivos como una estrategia de prevención de consumo de SPA (sustancias psicoactivas). Realizas actividades en familia, hacer uso del tiempo libre, involucras a los niños, niñas y adolescentes en las actividades familiares para que haya siempre armonía en el hogar.<br>Se realiza una explicación del significado de SPA y las afectaciones que causa en nuestro organismo y por qué NO debemos hacer uso y abusar de dichas sustancias. Cualquier SPA (sustancia psicoactiva) que ingerimos a nuestro cuerpo por cualquier vía de acceso, causa alteraciones en nuestro sistema nervioso que a su vez altera el funcionamiento de nuestro cerebro, procesos | |

| | |
|---|---|
| de pensamiento, aprendizaje y nuestro estado de ánimo. Según Medina y Rubio (2012):<br>Muchas son las causas que pueden explicar esta problemática. Numerosos estudios señalan la existencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales relacionados con el consumo. La familia también juega un papel muy importante; fenómenos como la violencia intrafamiliar, pautas de crianza inadecuadas, modelos parentales negativos de consumo, poca atención de los padres a sus hijos, entre otras, pueden ser factores de riesgo. (p. 1)<br>Se llevó a cabo la interacción con algunas familias, sin olvidar el objetivo de dicha actividad se hace el registro de fotografía como evidencia de la realización de la actividad y por último nos facilitan los datos para diligenciar el listado. | |

**COMPROMISOS:** El compromiso pacado con los usuarios fue de no hacer uso de sus datos personales sin ser autorizado.

Hasbleidy Mena

HASBLEIDY MENA PEREA
PSICÓLOGA

Isabel Cristina Lucero

ISABEL CRISTINA LUCERO
COORDINADORA PIC 2022

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

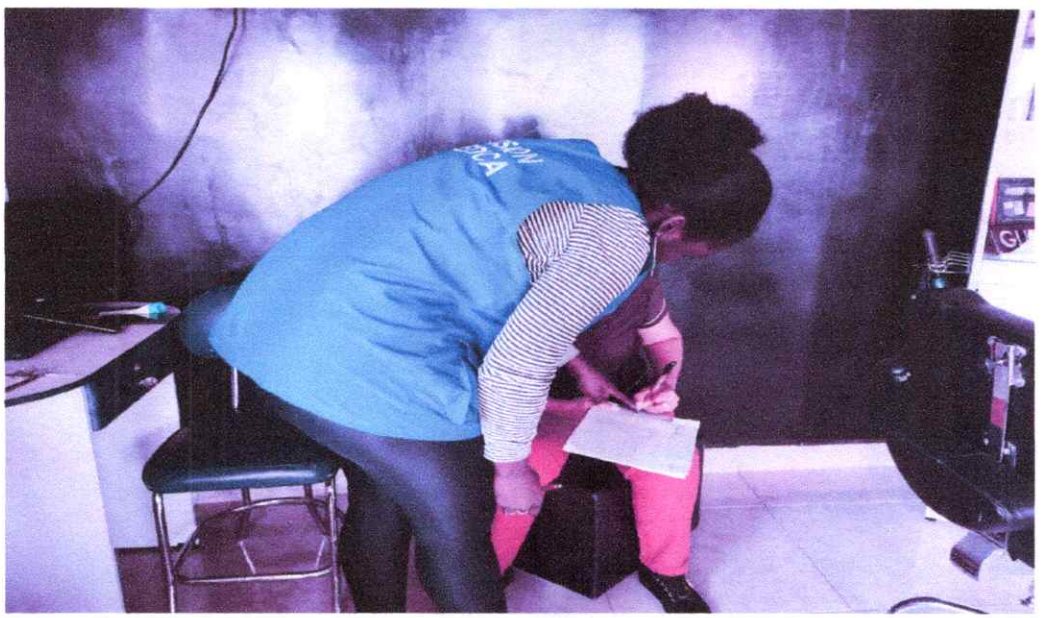
| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:**<br>11 al 22 de octubre del 2022 | **ALCANCE:**<br>**MESTIZO** | **Hora de inicio:**<br><br>7:00 am | **Hora fin:**<br><br>5:00 pm |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Actualización de la caracterización del componente Psicológico. (valoración de la dinámica familiar. | | | |
| **Responsable:** Psicóloga y Coordinadora PIC | | | |
| **Lugar:** Municipio de Pueblo Rico | | | |





**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**





Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterización (RIESGO REPRODUCTIVO) ACOMPAÑANTE PSICOLOGICO
FECHA: 20 - octubre - 2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico COD I 10104

ENTORNO: Mesth20
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Hasbleidy Mena

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 25001 057 | Laina Bency Giraldo | SD | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | COOSALUD —G— | POBLO RICO | — 0 — | X | | Laina Giraldo | | X |
| 2 | CC | 25000 839 | Nancy Elena Agudelo | 46 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | S.O.S | Cra 3 #9-23 Pueblo Rico 15-01-1976 | 3132131165 | X | | Nancy Elena Agudelo | | |
| 3 | CC | 18602 454 | Luis Angel Londoño Restrepo | 50 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | Comitet | Calle 8 # 2-57 Pueblo Rico 22-12-1977 | 3174540931 | X | | Luis Angel L. | | X |
| 4 | CC | 25001 635 | Sandra milena Valencia | 38 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | Nueva E.P.S | Cra 4 #812 Pueblo R. 09-07-1984 | 3143713808 | X | | Sandra Valencia | | |
| 5 | CC | 29199 679 | Nancy Miriam Rios de Velasquez | 73 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | Coosalud | Mz 3 Casa 115 el Progreso 26-04- | 3145021199 | X | | Miriam Rios | | |
| 6 | CC | 1093 539584 | Lina Marcela Sanchez Cardona | 25 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | Nueva E.P.S | M23 Casa 215 El Progreso 3-05-1998 | 3127278289 | X | | Lina | | |
| 7 | CC | 25243 396 | Tereta Obando | 73 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | Asmet salud | M4 Casa 101 4-06 1949 | — 0 — | X | | Tereza | X | |
| 8 | CC | 24527 459 | Nancy Gladys Quintero Grajales | 56 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | | Asmet Salud | M24 Casa 103 28-11-1965 | 3135704072 | | | Nancy G Q | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

## APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

| CONCEPTO | COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador) |
|---|---|
| Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar | Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia<br><br>Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas<br><br>Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de<br><br>Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional<br><br>Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero |
| PREGUNTAS<br><br>1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?<br>2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?<br>3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?<br>4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?<br>5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos | Categorías:<br><br>0 casi nunca<br>1 a veces<br>2 casi siempre<br><br>Resultado en la medición:<br><br>0-3 Disfuncional<br>4-6 Medianamente funcional<br>7-10 Funcional |

| CRITERIOS DE UBICACIÓN | 0 CASI NUNCA | 1 A VECES | 2 CASI SIEMPRE |
|---|---|---|---|
| a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema? | | | |
| b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa? | | | |
| c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa? | | | |
| d) ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |
| e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |

Lorna Bency Giraldo
C.C. 25.001.057.

## TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| I Los hijos | 1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a: | | | X |
| II El Dinero | 1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de: | | | X |
| | 1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de: | | X | |
| | 1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por; | | | X |
| | 1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a: | | | X |
| | 2.1 El dinero es aportado principalmente por: | X | | |
| | 2.2 El dinero es administrativo principalmente por; | X | | |
| | 2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de: | | | X |
| | 2.4 La dependencia económica para gastos personales es de; | | | X |
| | 2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral: | | | X |
| III El Sexo | 3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de: | | | X |
| | 3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de: | | | X |
| | 3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción: | | | X |
| | 3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable: | | | X |
| | 3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción | | X | |

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| IV El Hogar | 4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por: | | | X |
| | 4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por; | | | X |
| | 4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por: | | | X |
| | 4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por: | | | X |
| | 4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de: | | | X |
| V Desarrollo Personal | 5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.: | | | X |
| | 5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades: | | | X |
| | 5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses: | | | X |
| | 5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal. | | | X |
| | 5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno. | | | X |

| | |
|---|---|
| 1. | Machista |
| 2. | Matrifocal |
| 3. | Democratizante X |

## COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**
**Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia**

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | X |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | X | | |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | X |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | X |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | X | | |
| 2. los espacios en la casa | | | X | | |
| 3. el dinero | | | X | | |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | | | X |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | | | X |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

## APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

| CONCEPTO | COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador) |
|---|---|
| Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar | Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia<br><br>Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas<br><br>Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de<br><br>Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional<br><br>Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero |
| PREGUNTAS | <u>Categorias:</u><br><br>0 casi nunca<br>1 a veces<br>2 casi siempre |
| 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?<br>2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?<br>3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?<br>4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?<br>5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos | <u>Resultado en la medición:</u><br><br>0-3 Disfuncional<br>4-6 Medianamente funcional<br>7-10 Funcional |

| CRITERIOS DE UBICACIÓN | 0 CASI NUNCA | 1 A VECES | 2 CASI SIEMPRE |
|---|---|---|---|
| a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema? | | | |
| b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa? | | | |
| c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa? | | | |
| d) ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |
| e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |

Nancy Elena Agudelo
C.C. 25.001.839

## TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| I Los hijos | 1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a: | | | X |
| II El Dinero | 1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de: | | | X |
| | 1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de: | | | X |
| | 1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por; | | X | |
| | 1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a: | | X | |
| | 2.1 El dinero es aportado principalmente por: | | X | |
| | 2.2 El dinero es administrativo principalmente por; | | X | |
| | 2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de: | | X | |
| | 2.4 La dependencia económica para gastos personales es de; | | X | |
| | 2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral: | | X | |
| III El Sexo | 3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de: | | X | |
| | 3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de: | | | X |
| | 3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción: | | | X |
| | 3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable: | | X | |
| | 3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción | | | X |

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| IV El Hogar | 4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por: | | | X |
| | 4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por; | | | X |
| | 4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por: | | X | |
| | 4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por: | | X | |
| | 4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de: | | X | |
| V Desarrollo Personal | 5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.: | | | X |
| | 5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades: | | | X |
| | 5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses: | | X | |
| | 5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal. | | X | |
| | 5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno. | | | X |

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Machista | |
| 2. | Matrifocal | X |
| 3. | Democratizante | |

## COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**
**Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia**

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | X |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | X |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | X |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | X |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | X | |
| 2. los espacios en la casa | | | | X | |
| 3. el dinero | | | X | | |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | | X | |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | X | | |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

## APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

| CONCEPTO | COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador) |
|---|---|
| Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar | Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia<br><br>Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas<br><br>Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de<br><br>Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional<br><br>Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero |
| PREGUNTAS<br><br>1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?<br>2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?<br>3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?<br>4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?<br>5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos | <u>Categorías:</u><br><br>0 casi nunca<br>1 a veces<br>2 casi siempre<br><br><u>Resultado en la medición:</u><br><br>0-3 Disfuncional<br>4-6 Medianamente funcional<br>7-10 Funcional |

| CRITERIOS DE UBICACIÓN | 0 CASI NUNCA | 1 A VECES | 2 CASI SIEMPRE |
|---|---|---|---|
| a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema? | | | |
| b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa? | | | |
| c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa? | | | |
| d) ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |
| e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |

Luis Angel Londoño
C.C. 18602454

## TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| I Los hijos | 1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a: | | | X |
| II El Dinero | 1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de: | | | X |
| | 1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de: | | X | |
| | 1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por; | | | X |
| | 1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a: | | | X |
| | 2.1 El dinero es aportado principalmente por: | | | X |
| | 2.2 El dinero es administrativo principalmente por; | | | X |
| | 2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de: | | | X |
| | 2.4 La dependencia económica para gastos personales es de; | | | X |
| | 2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral: | | | X |
| III El Sexo | 3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de: | | | X |
| | 3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de: | | | X |
| | 3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción: | | | X |
| | 3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable: | | | X |
| | 3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción | | | X |

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| IV El Hogar | 4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por: | | | X |
| | 4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por; | | | X |
| | 4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por: | | | X |
| | 4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por: | | | X |
| | 4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de: | | | X |
| V Desarrollo Personal | 5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.: | | | X |
| | 5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades: | | | X |
| | 5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses: | | | X |
| | 5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal. | | | X |
| | 5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno. | | | X |

| | |
|---|---|
| 1. | Machista |
| 2. | Matrifocal |
| 3. | Democratizante X |

# COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**
**Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia**

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | X |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | X |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | X |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | X |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | | X |
| 2. los espacios en la casa | | | | | X |
| 3. el dinero | | | | | X |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | | | X |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | | | X |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

## APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

| CONCEPTO | COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador) |
|---|---|
| Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar | Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia<br><br>Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas<br><br>Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de<br><br>Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional<br><br>Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero |
| PREGUNTAS | Categorías:<br><br>0 casi nunca<br>1 a veces<br>2 casi siempre |
| 1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?<br>2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?<br>3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?<br>4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?<br>5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos | Resultado en la medición:<br><br>0-3 Disfuncional<br>4-6 Medianamente funcional<br>7-10 Funcional |

| CRITERIOS DE UBICACIÓN | 0 CASI NUNCA | 1 A VECES | 2 CASI SIEMPRE |
|---|---|---|---|
| a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema? | | | |
| b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa? | | | |
| c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa? | | | |
| d) ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |
| e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |

Sandra Milena Valencia
C.C. 25.001.635

## TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| I Los hijos | 1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a: | | | X |
| II El Dinero | 1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de: | | | X |
| | 1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de: | | | X |
| | 1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por; | | X | |
| | 1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a: | | X | |
| | 2.1 El dinero es aportado principalmente por: | | | X |
| | 2.2 El dinero es administrativo principalmente por; | | | X |
| | 2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de: | | | X |
| | 2.4 La dependencia económica para gastos personales es de; | | | X |
| | 2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral: | | | X |
| III El Sexo | 3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de: | | | X |
| | 3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de: | | | X |
| | 3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción: | | | X |
| | 3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable: | | | X |
| | 3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción | | | X |

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| IV El Hogar | 4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por: | | X | |
| | 4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por; | | | X |
| | 4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por: | | | X |
| | 4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por: | | | X |
| | 4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de: | | X | |
| V Desarrollo Personal | 5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.: | | | X |
| | 5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades: | | | X |
| | 5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses: | | | X |
| | 5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal. | | | X |
| | 5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno. | | | X |
| 1. | Machista | | | |
| 2. | Matrifocal | | | |
| 3. | Democratizante X | | | |

# COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**
**Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia**

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | X |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | X | |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | X |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia. tristeza, amor. | | | | | X |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | X | |
| 2. los espacios en la casa | | | | | X |
| 3. el dinero | | | | X | |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | X | | |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | X | | |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos

- Disfunción leve: 16-13 puntos. X

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

## APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

| CONCEPTO | COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador) |
|---|---|
| Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar | Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia<br><br>Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas<br><br>Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de<br><br>Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional<br><br>Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero |
| PREGUNTAS<br><br>1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?<br>2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?<br>3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?<br>4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?<br>5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos | <u>Categorías:</u><br><br>0 casi nunca<br>1 a veces<br>2 casi siempre<br><br><u>Resultado en la medición:</u><br><br>0-3 Disfuncional<br>4-6 Medianamente funcional<br>7-10 Funcional |

| CRITERIOS DE UBICACIÓN | 0 CASI NUNCA | 1 A VECES | 2 CASI SIEMPRE |
|---|---|---|---|
| a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema? | | | |
| b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa? | | | |
| c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa? | | | |
| d) ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |
| e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |

María Mirian Ríos.
C.C. 29199679

## TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| I Los hijos | 1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a: | | X | |
| II El Dinero | 1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de: | | X | |
| | 1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de: | | X | |
| | 1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por; | | X | |
| | 1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a: | | X | |
| | 2.1 El dinero es aportado principalmente por: | | | X |
| | 2.2 El dinero es administrativo principalmente por; | | X | |
| | 2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de: | | X | |
| | 2.4 La dependencia económica para gastos personales es de; | | X | |
| | 2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral: | | X | |
| III El Sexo | 3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de: | | | X |
| | 3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de: | | | X |
| | 3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción: | | | X |
| | 3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable: | | | X |
| | 3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción | | | X |

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| IV El Hogar | 4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por: | | | X |
| | 4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por; | | X | |
| | 4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por: | | X | |
| | 4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por: | | X | |
| | 4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de: | | | X |
| V Desarrollo Personal | 5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.: | | X | |
| | 5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades: | | X | |
| | 5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses: | | X | |
| | 5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal. | | X | |
| | 5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno. | | X | |

| | |
|---|---|
| 1. | Machista |
| 2. | Matrifocal X |
| 3. | Democratizante |

## COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**
**Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia**

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | X |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | X |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | X |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | X |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | | X |
| 2. los espacios en la casa | | | | | X |
| 3. el dinero | | | | | X |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | | | X |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | | | X |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

## APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

| CONCEPTO | COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador) |
|---|---|
| Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar | Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia<br><br>Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas<br><br>Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de<br><br>Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional<br><br>Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero |
| PREGUNTAS<br><br>1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?<br>2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?<br>3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?<br>4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?<br>5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos | <u>Categorías:</u><br><br>0 casi nunca<br>1 a veces<br>2 casi siempre<br><br><u>Resultado en la medición:</u><br><br>0-3 Disfuncional<br>4-6 Medianamente funcional<br>7-10 Funcional |

| CRITERIOS DE UBICACIÓN | 0 CASI NUNCA | 1 A VECES | 2 CASI SIEMPRE |
|---|---|---|---|
| a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema? | | | |
| b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa? | | | |
| c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa? | | | |
| d) ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |
| e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |

Lina Marcela sanchez cordona
C.C. 1093539584

## TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| I Los hijos | 1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a: | | X | |
| II El Dinero | 1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de: | | X | |
| | 1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de: | | X | |
| | 1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por; | | X | |
| | 1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a: | | X | |
| | 2.1 El dinero es aportado principalmente por: | | X | |
| | 2.2 El dinero es administrativo principalmente por; | | X | |
| | 2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de: | | X | |
| | 2.4 La dependencia económica para gastos personales es de; | | X | |
| | 2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral: | | X | |
| III El Sexo | 3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de: | | X | |
| | 3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de: | | | X |
| | 3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción: | | | X |
| | 3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable: | | | X |
| | 3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción | | | X |

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| IV El Hogar | 4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por: | | | X |
| | 4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por; | | X | |
| | 4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por: | | X | |
| | 4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por: | | X | |
| | 4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de: | | X | |
| V Desarrollo Personal | 5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.: | | X | |
| | 5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades: | | X | |
| | 5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses: | | X | |
| | 5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal. | | X | |
| | 5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno. | | X | |

| | |
|---|---|
| 1. | Machista |
| 2. | Matrifocal X |
| 3. | Democratizante |

# COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**
**Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia**

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | X |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | X |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | X |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | X |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | | X |
| 2. los espacios en la casa | | | | | X |
| 3. el dinero | | | | | X |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | | | X |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | | | X |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

## APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

| CONCEPTO | COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador) |
|---|---|
| Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar | Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia<br><br>Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas<br><br>Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de<br><br>Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional<br><br>Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero |
| PREGUNTAS<br><br>1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?<br>2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?<br>3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?<br>4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?<br>5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos | <u>Categorías:</u><br><br>0 casi nunca<br>1 a veces<br>2 casi siempre<br><br><u>Resultado en la medición:</u><br><br>0-3 Disfuncional<br>4-6 Medianamente funcional<br>7-10 Funcional |

| CRITERIOS DE UBICACIÓN | 0 CASI NUNCA | 1 A VECES | 2 CASI SIEMPRE |
|---|---|---|---|
| a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema? | | | |
| b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa? | | | |
| c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa? | | | |
| d) ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |
| e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |

Tereza obando
C.C. 25.143.386.

## TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| I Los hijos | 1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a: | | | X |
| II El Dinero | 1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de: | | X | |
| | 1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de: | | X | |
| | 1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por; | | | X |
| | 1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a: | | X | |
| | 2.1 El dinero es aportado principalmente por: | | | X |
| | 2.2 El dinero es administrativo principalmente por; | | | X |
| | 2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de: | | X | |
| | 2.4 La dependencia económica para gastos personales es de; | | | X |
| | 2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral: | | | X |
| III El Sexo | 3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de: | | | X |
| | 3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de: | | | X |
| | 3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción: | | | X |
| | 3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable: | | | X |
| | 3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción | | X | |

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| IV El Hogar | 4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por: | | | X |
| | 4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por; | | | X |
| | 4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por: | | | X |
| | 4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por: | | | X |
| | 4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de: | | X | |
| V Desarrollo Personal | 5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.: | | | X |
| | 5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades: | | | X |
| | 5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses: | | | X |
| | 5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal. | | X | |
| | 5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno. | | X | |

| | |
|---|---|
| 1. | Machista |
| 2. | Matrifocal |
| 3. | Democratizante X |

# COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**
**Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia**

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | X |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | X |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | X | |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | X |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | X | |
| 2. los espacios en la casa | | | | X | |
| 3. el dinero | | | | X | |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | X | | |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | X | | |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

## APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

| CONCEPTO | COMPONENTES DEL CONCEPTO (o indicador) |
|---|---|
| Instrumento para medir nivel de funcionalidad, que se refiere a la satisfacción de los miembros respecto de su grupo familiar | Como se comparten los recursos, satisfacción por la ayuda recibida por la familia<br><br>Como se comparten las decisiones o la satisfacción del miembro de la familia en la comunicación familiar y solución de los problemas<br><br>Apoyo de los miembros de la familia ante los cambios en el estilo de<br><br>Como se comparten las experiencias emocionales, o la satisfacción con la intimidad y la interacción emocional<br><br>Como se comparte el tiempo el espacio y el dinero |
| PREGUNTAS<br><br>1.- ¿Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa?<br>2.- ¿Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute asuntos de interés común y comparte la solución del problema conmigo?<br>3.- Mi familia acepta mis deseos para promover nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?<br>4.- ¿Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos de ira, amor y tristeza?<br>5.- ¿Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo compartimos juntos | Categorías:<br><br>0 casi nunca<br>1 a veces<br>2 casi siempre<br><br>Resultado en la medición:<br><br>0-3 Disfuncional<br>4-6 Medianamente funcional<br>7-10 Funcional |

| CRITERIOS DE UBICACIÓN | 0 CASI NUNCA | 1 A VECES | 2 CASI SIEMPRE |
|---|---|---|---|
| a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando, usted, tiene un problema? | | | |
| b) ¿Conversan, entre ustedes, los problemas que tienen en la casa? | | | |
| c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto, en la casa? | | | |
| d) ¿Siente que su familia lo quiere? | | | |
| e) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa? | | | |

María Gladys Quintero
C.C 24.527.458

## TEST DE ESTRUCTURA DE PODER FAMILIAR

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Areas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| I Los hijos | 1.1 Cuando los hijos desean realizar una actividad extra-hogareña, generalmente solicitan autorización a: | | | X |
| II El Dinero | 1.2 Respecto a la matrícula de los hijos en el colegio y el cumplimiento del rol de apoderado, la responsabilidad exclusiva es de: | | | X |
| | 1.3 La responsabilidad de llevar los hijos al control médico en el consultorio es de: | | | X |
| | 1.4 El control disciplinario de los hijos, aplicación de sanciones, generalmente es realizado por; | | X | |
| | 1.5 Por lo general, los hijos confidencian sus problemas y necesidades a: | | X | |
| | 2.1 El dinero es aportado principalmente por: | | X | |
| | 2.2 El dinero es administrativo principalmente por; | | X | |
| | 2.3 La capacidad de ahorro es exclusiva de: | | X | |
| | 2.4 La dependencia económica para gastos personales es de; | | X | |
| | 2.5 Quién reconoce tener independencia para reincorporarse a la actividad laboral: | | X | |
| III El Sexo | 3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de: | | | X |
| | 3.2 Por lo general, la iniciativa en la relación sexual (coito) es de: | | | X |
| | 3.3 Quién reconoce que la experiencia sexual con su pareja, en general es adecuada, de acuerdo con su nivel de satisfacción: | | | X |
| | 3,4 Quien reconoce el sostenimiento de relaciones extra-matrimoniales o fuera del contexto de su pareja estable: | | X | |
| | 3.5 Quién reconoce que la frecuencia de las relaciones sexuales (coito) con su pareja, están de acuerdo con i sus niveles de satisfacción | | | X |

| Áreas De Poder | Conductas: Toma De Decisiones En Las Diferentes Áreas De Poder | Hombre Padre | Mujer Madre | Ambos |
|---|---|---|---|---|
| IV El Hogar | 4.1 En su hogar la autoridad es ejercida principalmente por: | | | X |
| | 4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por; | | | X |
| | 4.3 Las decisiones importantes que involucran al grupo familiar; como, planes futuros, educación de los hijos,etc.,son tomadas principalmente por: | | X | |
| | 4.4 Con respecto a la realización de ritos familiares, como ceremonias, celebraciones, organización de eventos familiares, las decisiones son tomadas por: | | X | |
| | 4.5 Frente a situaciones familiares conflictivas, crisis accidentales no normativas del ciclo vital familiar, la iniciativa para su solución, es de: | | X | |
| V Desarrollo Personal | 5.1 Quién reconoce tener absoluta independencia para participar en actividades extra-familiares, como grupos recreacionales, organizaciones sociales, etc.: | X | | |
| | 5.2 Quién reconoce tener absoluta independencia para relacionarse con la familia extensa y cultivar amistades: | | | X |
| | 5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses: | | X | |
| | 5.4 Quien reconoce tener absoluta independencia para canalizar sus motivaciones, cultivar su apariencia física y presentación personal. | | X | |
| | 5,5 Por último, en su opinión, en cuanto a la jerarquía de su familia, quién de los dos ejerce la autoridad y control interno. | | | X |

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Machista | |
| 2. | Matrifocal | X |
| 3. | Democratizante | |

# COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

**Cuadro N° 1**
**Cuestionario para la evaluacion de la funcionalidad den la familia**

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | X |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | X |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | X |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | X |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | | X |
| 2. los espacios en la casa | | | | X | |
| 3. el dinero | | | | X | |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | X | | |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | | X | |

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre.

Normal: 17-20 puntos X

- Disfunción leve: 16-13 puntos.

- Disfunción moderada: 12-10 puntos

- Disfunción severa: menor o igual a 9

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

## ACTIVIDAD No. 03

**Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 40 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa. Una nueva forma de entregar beneficios y mejorar la calidad de vida del personal laboral informal.**

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Médico (a) + Auxiliar Enfermería |
| CANTIDAD: | 40 trabajadores |
| DURACION | 1 hora |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Caracterización diligenciada<br>Listado de asistencia<br>Formularios diligenciados,<br>Registro fotográfico si es presencial.<br>RIPS con el CUPS I11501 |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

| **FECHA**<br>Del 17 AL 21 de octubre 2022 | **No: 03-1** | **HORA INICIO:**<br>**7:00 AM** | **HORA FINALIZACI0ON:**<br>**05:00 PM** |
|---|---|---|---|
| **OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD** | | Caracterizacion de los trabajadores informales pertenecientes a la población de Pueblo Rico mestiza | |
| **Tema:**<br>Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 40 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa | | **No Páginas: 3** | |
| Responsable: Médico (a) + Auxiliar Enfermería | | **Elaborado por:**<br>**Isabel Cristina Lucero** | |
| Lugar | | Centro, Pueblo Rico | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD** | **1** | **Presentación** |
| | **2** | **Desarrollo del tema** |
| | **3** | **Conclusiones y Compromisos** |

| DESARROLLO | OBERVACIONES |
|---|---|
| Para el desarrollo de esta actividad se inicia con la solicitud de usuario y contraseña para GOTI, una vez obtenidad de inicia con la recopilación de la informacion de caracterización de la ficha de trabajador informal la cual la socializa el medico con el auxiliar donde se le explica como diligenciarla, también se le explica los riesgos que esta expuesto todo trabajador y su clasificación de acuerdo al riego si este es biológico, social etc.<br><br>Tambien se le hace la socialización de la importancia de la pausa activa, su duración y cada cuando se debe hacer al igual se explica principales enfermedades laborales.<br><br>Se inicia la caracterización a 40 trabajadores informales del municipio de Pueblo Rico de población Mestiza en el casco urbano del municipio<br><br>Con el objetivo de Desarrollar de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 40 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa<br><br>Esta actividad se desarrolla a 40 trabajadores desde el 17 de octubre hasta el 21 de octubredel 2022, realizando la totalidad de la actividad. | |

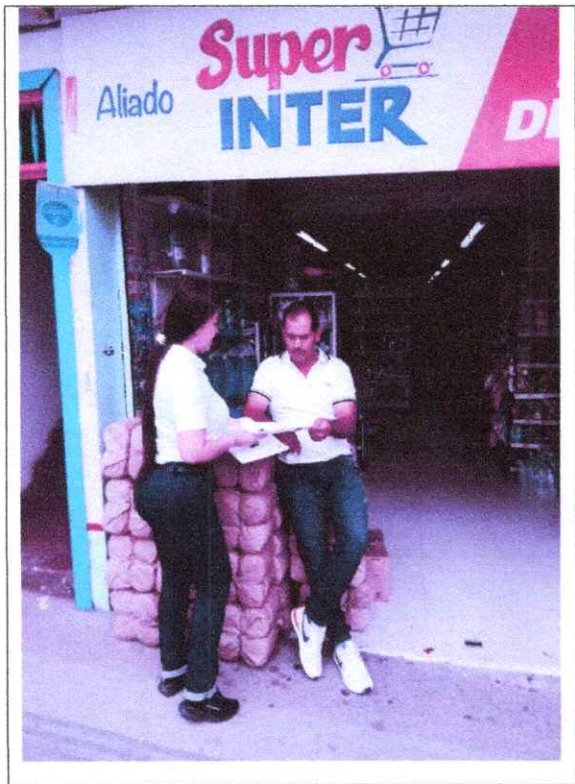
| | |
|---|---|
| La población se presenta muy amable y recibe toda la informacion, realiza la pausa y tiene encuenta las recomendaciones dadas.<br><br>LEWIS NATES<br>MEDICO<br><br>RUBIAN QUERAGAMA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

**FORMATO FOTOGRAFIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** Del 18 al 25 de octubre 2022 | **ALCANCE:**<br>**MESTIZA** | **Hora de inicio:**<br>7:00 am | **Hora fin:**<br>5:00 pm |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:**<br>Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 40 trabajadores talleres sobre el plan de bienestar laboral pausas activas y Bríndale al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumenta la productividad en su empresa | | | |
| **Responsable:** : Médico (a) + Auxiliar Enfermería | | | |
| **Lugar: PUEBLO RICO** | | | |






**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**



Gobernación de
# RISARALDA
**Sentimiento de Todos**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

**NOMBRE DE LA ESE:** ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACIÓN TRABAJADOR INFORMAL
**FECHA:** 17-10-2022
**MUNICIPIO/LUGAR:** PUEBLO RICO COD: I1150

**ENTORNO:** MESTIZO
**HORA DE INICIO:** 7:00 Am
**HORA FINALIZACIÓN:** 5:00 pm
**FACILITADOR/CONFERENCISTA:** ISABEL C - JOCELYN

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | X | |
| APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | | | | 39 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | CC | 1093 | | 30 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | | | X | | | X | |
| 3 | CC | 24979 | | 30 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | | | X | | | X | |
| 4 | CC | 25232 064 | GLORIA FLOREZ | 62 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | | 3103770781 | X | | Gloria Flores | X | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de
# RISARALDA
**Sentimiento de Todos**

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

**NOMBRE DE LA ESE:** ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** CARACTERIZACION TRABAJADOR INFOR.
**FECHA:** 22 - 10 - 2022
**MUNICIPIO/LUGAR:** APIA RICO I 11501

**ENTORNO:** MESTIZO
**HORA DE INICIO:** 7:00 am
**HORA FINALIZACIÓN:** 5:00 pm
**FACILITADOR/CONFERENCISTA:** Isabel C. Jurado

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | X | |
| APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR SD | SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 100[illegible] 909 | Yulissa Gaviria Osorio | 20 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | BARRIO EL PROGRESO CRA 106. | 3174666234 | X | | Yulissa G. O | X | |
| 2 | CC | 1[illegible] 931 | [illegible] Florez | 36 | X | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | Asmet Salud. | Fundadores. | 3137369053 | X | | [illegible] | X | |
| 3 | CC | 100[illegible] 3095 | Jorge [illegible] Osorio Soto | [illegible] | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | Salud Total | Nuevo [illegible] | 3226749922 | X | | Arcides Osorio | X | |
| 4 | CC | 42[illegible] 684 | Gloria Osorio Carmona | [illegible] | | | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | ASMED Salud | Villa Daniela | 3132256312 | X | | Gloria Osorio | X | |
| 5 | CC | [illegible] 256 | [illegible] Torres | 32 | | | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | [illegible] | [illegible] | [illegible] | X | | [illegible] | X | |
| 6 | CC | [illegible] | [illegible] | 22 | | ✓ | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | [illegible] | Finca [illegible] | [illegible] | X | | [illegible] | X | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAPACITACIÓN TRABAJADOR INFORMAL
FECHA: 18-10-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico cod 11501

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 pm
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jaramillo

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | X | |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | NR. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 1088274312 | Jhoscsebastian Jaramillo Botero | 19 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | Centro 2003/11/30 | 3206988932 | X | | Jhoan S. Jaramillo | X | |
| 2 | CC | 1005020712 | Diana Duque Sol | | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | Centro 2003/09/18 | 3234552883 | X | | Sol D. Agudelo | X | |
| 3 | CC | 1005070513 | Angi Natalia Gomez Montiel | 19 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | Cra 4 # 8-07 2003/04/03 | 3216774577 | X | | Natalia G. | X | |
| 4 | CC | 1075534248 | Sandra franco. | 34 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | Plaza Principal 1988/08/30 | 3144163714. | X | | Sandra F. | X | |
| 5 | CC | 1004983888 | Daniela Ramirez R | 21 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | COOSM SALUD | Cll 2 # 4-08 | 3117369178 | X | | Daniela R. | X | |
| 6 | CC | 1093537511 | Yuliana Queco. | 27 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | NUEVA EPS | 1994/10/29 Plaza Principal | 3136920237 | X | | Yuliana Q. | X | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C.Y.D. | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN PARA TRABAJADOR INF.
FECHA: 14-10-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD [11501]

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jurado

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | X | |
| APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO: M | SEXO: F | SEXO: LGTBI | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PROGRAMA: PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | ASEGURAMIENTO: PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA: U | ZONA: R | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI | AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC | 1007410990 | Natalia lopez Alvarez | 22 | | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | NUEVA EPS | 1998/10/16 CRA 5 # 5-25 | 3206155029 | X | | Natalia lopez | X | |
| 2 | CC | 1093534811 | Ines Perea. | 35 | | X | | | | | X | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS | Barrio Fundadores 1987/12/05. | 3503376353 | X | | Ines perea M. | X | |
| 3 | CC | 1093533727 | Marcela Lisenia | 34 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Pijaos | Calle 4 # 3-39 2000/03/15 | 3233921956 | X | | Marcela | X | |
| 4 | CC | 1093536350 | Sitoandrecht Cano | 35 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS | Nunez del Medio CC 1986/12/10 | 3145513527 | X | | John Arcano | X | |
| 5 | CC | 1093186210 | Maria Camila Giraldo | 18 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS | Cra 2 # 6-16 | 3164923283 | X | | Camila. | X | |
| 6 | CC | 1060344 0 | Alexander Velez | 40 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Mexicanos | Cll 4 # 6-67 | 3105497883 80 | X | | Alexander | X | |
| 7 | CC | 1006498 13 | Camilo Velasquez | 20 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Asmet Salud | Nunez del Medio | 3126601174 | X | | Camilo Velasquez | X | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

| MECANISMO: | FORMATO: |
|---|---|
| LLAMADA TELEFÓNICA: ( ) | ASISTENCIA: ( ) |
| AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( ) | REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( ) |
| DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( ) | CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( ) |
| SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAPACITACION TRABAJADOR INFORMAL
FECHA: 19-10-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD. 111501

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jaramillo

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | X | |
| APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO: M | SEXO: F | SEXO: LGTBI | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PROGRAMA: PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | ASEGURAMIENTO: PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA: U | ZONA: R | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI | AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | cc | 1006198 13 | Camilo Velasquez | 20 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | Ribera del Rio | 3126601674 | X | | Camilo Velasquez | X | |
| 2 | cc | 1093336 243 | Angela Johana Rodas Galeano | 30 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Coosalud EPS | Centenario | 3232067799 | X | | Angela Rodas | X | |
| 3 | cc | 25001702 | Carmenza Valencia | 40 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Mestizo | Barrio El Progreso | 3117864077 | X | | Carmenza V | X | |
| 4 | cc | 1093537 103 | Edwin Molina Hernandez | 19 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | Fundadores | 3123718394 | X | | molina | X | |
| 5 | cc | 1093535 228 | Dexino Lousoso | 33 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | ? | Yessi Tabares entre 2 | 3225794054 | X | | Odelinda | X | |
| 6 | cc | 1093533 943 | Luisa Maria Quiceno | 27 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | ASMED SALUD | Calle Bomberos | 3103566756 | X | | Luisa Maria Q | X | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | RENTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|

| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |
|---|---|---|

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION TRABAJADOR INFORMAL
FECHA: 20-10-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD. I11501

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jaramillo

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | X | |
| APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 25000732 | María Velasquez Toro | 53 | | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | Dueñas EPS | Veredas el Recreo | 3128279690 | X | | Esneda Toro | X | |
| 2 | CC | 1093537916 | Elena Roman Orozco | | | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | Pijaos | Centro | 3113694327 | X | | Elena Roman | X | |
| 3 | CC | 24411114 | María Olivia Correa | 69 | | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | Asmet Salud | Cra 4 # 3-20 | 3043135833 | X | | M.O.C.H | X | |
| 4 | CC | 42016991 | MARTHA I ACEVEDO C. | 44. | | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | | | Asmet Salud | c/7 N4-25 | 3207724496 | X | | MARTHA I ACEVEDO | X | |
| 5 | CC | 1093533616 | María Montes Castaño | 35 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | Dueñas EPS | Bomberos | 3212953187 | X | | Margarita M. | X | |
| 6 | CC | 25000717 | Lucia Uribe Castaño | 56 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | Asmet Salud | Calle 7 # 3-24 | 3226235469 | X | | Luciauribe | X | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nº | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-3D | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION TRABAJADOR INFOR.
FECHA: 21-10-2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD. 11501

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Isabel C. Jurado

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | X | |
| APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 1004685359 | Valentina Giraldo Giraldo | 19 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS | Cra 2 # 7-16 | 3105436316 | X | | Valentina | X | |
| 2 | CC | 1093759755 | Leidy Yiced Ruiz Blandon | 24 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS | Calle 2 # 4-23 Barrio del Mistel | 3206936161 | X | | leidy | X | |
| 3 | CC | 71775983 | Andres Cemay Valdes Posada | 45 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS | Vereda la Palma Naranjito. | 3223081084 | X | | | X | |
| 4 | CC | 1060001442 | Daney Milena Valencia Cortez | 40 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Asmet Salud | Villa Daniela | 3123417721 3217726036 | X | | | X | |
| 5 | CC | 1860328 2 | Adriano Lopez Cortez | 39 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Pijaos | Avenida Principal Cra 4 | 3127364381 | X | | | X | |
| 6 | CC | 1093734083 | Diego Mayda Taborda | 32 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS | Pueblo Central | 3187381859 | X | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | Afr-ROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | LF | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 1 0 — D D: 1 4

**2** Hora de inicio (HH:MM): H H: 1 1 : M M: 3 0

**3** Hora de finalización (HH:MM): H H: [ ] [1] : M M: 0 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: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Cano

**7** (5) Segundo apellido:

**8** (6) Primer nombre: Juan

**9** (7) Segundo nombre: Alberto

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

**11** (3) Número de documento: 1088536350

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1 9 8 6 — M M: 1 2 — D D: 1 0

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Mundo del Minero

**18** (12) Dirección residencia:

**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: 3194583527

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Principal

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 1

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 8
**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

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

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [X] 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 [ ] NO [ ]

**47** (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] Excepción [ ] Especial [ ]

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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

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

**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 [ ]

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROTECCION | [ ] | FONPRECON | [ ] |
| PORVENIR | [X] | 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 7 8

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 1 6 3

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

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

SI ☐ NO ☐

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

SI ☐ 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?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

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

SI ☐ NO ☒

**72** (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad ☐☐ 2

**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 | ☒ |
| **73,2** (68) Un accidente de trabaj ϕ**si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)** | SI | ☐ | NO | ☒ |
| **73,4** (69) Una enfermedad de origen común | SI | ☐ | NO | ☒ |
| **73,5** (70) Una enfermedad de origen ocupacional | SI | ☐ | NO | ☒ |

**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 | ☐ |
| Oj os | ☐ | Miembros inferiores | ☐ |
| Torax | ☐ | Pies | ☐ |
| Abdomen | ☐ | Ubicaciones multiples | ☐ |
| Miembros superiores | ☐ | Lesiones generales u otras | ☐ |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | ☐ | NoRegistra | ☐ |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [X]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [X] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [ ]

**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 [X] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | X | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | X | Calzado de trabaj ( | X | 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | | |

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 X NO

**94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI X NO

**95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI X NO

**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 SI X NO

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** John Alberto Cano V.
**CC:** 1088536350
**Firma del Encuestador:** ISABEL C. LUCERO

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 2022 — M M: 10 — D D: 14

**2** Hora de inicio (HH:MM): H H: 11 : M M: 30

**3** Hora de finalización (HH:MM): H H: 13 : M M: 00

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

**5** (26) Número del documento de identificación del encuestador: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Velez

**7** (5) Segundo apellido:

**8** (6) Primer nombre: Alexander

**9** (7) Segundo nombre:

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

**11** (3) Número de documento: 1860344O

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1981 — M M: 10 — D D: 21

**13** (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Plaza Principal

**18** (12) Dirección residencia: Plaza Principal

**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 3103499386

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico / Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Cra 4 #6-67

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 4 #6-67

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 1

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 12

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

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

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [ ] Más de un salario mínimo [X] Un salario mínimo [ ]

## 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 [X] Excepción [ ] Especial [ ]

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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

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

**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 80

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 170

**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 [ ] Semanal [ ] Quincenal [X] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

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

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] 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 [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [/] Ninguno [ ]

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

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

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

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [/]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

- Orej eras [ ]
- Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
- Protectores auriculares [ ]
- Cascos antirruido [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

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

- Tapabocas [X]
- Mascarillas autofiltrantes [ ]
- Mascaras para gases [ ]
- Mascaras para vapores [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

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

- Guantes de latex [ ]
- Guantes de Neopreno [ ]
- Guantes de Nitrilo [ ]
- Guantes de Malla [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistro [ ]

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

- Calzado de seguridad [ ]
- Calzado dielectrico [ ]
- Botas de caucho [ ]
- Calzado de trabaj [ ]
- Calzado antiestatico [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

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

- Eslinga [ ]
- Linea de vida [ ]
- Mosquetones [ ]
- Cinturon de seguridad [ ]
- Casco con barbuquej o [ ]
- Arnes [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

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

- Contra productos quimicos liquidos [ ]
- Propiedades electroestaticas [ ]
- Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
- Alta visibilidad [ ]
- Contra el frio [ ]
- Contra calor y llamas [ ]
- Delantal plastico [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]
- 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 [X] NO [ ]

**94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**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 SI [X] NO [ ]

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Alexander Velez

**CC:**

**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

346

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 14

2 Hora de inicio (HH:MM): 12 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 13 : 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: ISABEL C. JUCERO 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Grajales

7 (5) Segundo apellido:

8 (6) Primer nombre: María

9 (7) Segundo nombre: Camila

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

11 (3) Número de documento: 1093186210

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 2004 - 10 - 04

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Centro

18 (12) Dirección residencia: Centro / Plaza Central

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 3164925285

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Central

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Central

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | | Con otros | X |
| Con el cónyugue | | 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 | | LGBTJ | | 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | / | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 2
**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 08

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

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

**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 80

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 167

**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 [ ] Semanal [ ] Quincenal [X] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [X] Muy buena [ ] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 | ☐ |
| Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones | ☐ | Agentes no clasificados | ☐ |
| Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles | ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | ☐ | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Caidas de personas | ☐ | Caidas de obj etos | ☐ | 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [X] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [/]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 X NO

**94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI X NO

**95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI X NO

**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 SI X NO

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Hanica Camila Giraldo
**CC:** 1093186210
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Lucero

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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 [1][0] ---- D D [1][4]

2 Hora de inicio (HH:MM): H H [1][0] : 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 [V] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Vascuas

7 (5) Segundo apellido: Carlosama

8 (6) Primer nombre: Nascuas

9 (7) Segundo nombre: Marcela

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

11 (3) Número de documento: 1093533727

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

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Otro Pueblo

18 (12) Dirección residencia: Calle 4 # 3-39

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 3232921956

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Principal

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | 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):** 1

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 3

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

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

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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 [/] NO [ ]

**47** (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [/] Excepción [ ] Especial [ ]

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

Adicional [ ] Beneficiario [/] Cotizante [ ]

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

**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 [/]

**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 47

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 150

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

**55** (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 5

**56** (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 2

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [X] Muy buena [ ] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

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

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

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [/]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | Protectores auriculares | | Ninguno | X |
| Tapones para los oidos de uso multiple o desechable | | Cascos antiruido | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Marcela Viscaya

**CC:** 1093533727

**Firma del Encuestador:** Isabel C. Lucero

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 14

2 Hora de inicio (HH:MM): 08:30

3 Hora de finalización (HH:MM): 10:00

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Perez

7 (5) Segundo apellido: Murillo

8 (6) Primer nombre: INES

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 1093534811

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1987 - 12 - 05

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Fundadores

18 (12) Dirección residencia: Via Principal

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: 3505376353

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Principal

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Indigena | | Afro colombiano | X | LGBTI | | Negro | |
| ROM | | NoRegistro | | Raizal | | Mestizo | |
| 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 3
**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 14

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

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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 [/] Excepción [ ] Especial [ ]

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

Adicional [ ] Beneficiario [/] Cotizante [ ]

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

**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 67

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 155

**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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## 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 [ ] NO [X]

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

SI [ ] NO [X]

**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 [0]

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

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

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

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

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
NoRegistra [/] Ninguno [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

**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:** INES PEREA.

**CC:** 1093534811

**Firma del Encuestador:** ISABEL C. LUCERO

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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 [X] No [ ]

**1** (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022 - 10 - 14

**2** Hora de inicio (HH:MM): 07 : 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 08 : 15

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

**5** (26) Número del documento de identificación del encuestador: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Lopez

**7** (5) Segundo apellido: Ariet

**8** (6) Primer nombre: Natalia

**9** (7) Segundo nombre:

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

**11** (3) Número de documento: 1001710190

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 2000 - 03 - 15

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Monte Bluello

**18** (12) Dirección residencia: Cra 5 # 5-25

**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: 3206155029

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Centro

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | 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):**

**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 | X | Desmovilizado | | Ninguno | | NoRegistra | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Violencia sociopolitica | X | 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) 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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas)** **(Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

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

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | X | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] 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 [/] Excepción [ ] Especial [ ]

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

Adicional [ ] Beneficiario [/] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Coosalud ERC

**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 [5][5]

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm [1][6][0]

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

**55** (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias [4][ ]

**56** (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas [2][ ]

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Agentes no clasificados ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Caidas de obj etos ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☑

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] 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 [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [X] NoRegistra [ ]

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

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

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Natalia lopez Alvarez.
**CC:** 1001710190
**Firma del Encuestador:** ISABEL C. LUCERO

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 17

2 Hora de inicio (HH:MM): 11 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): 11 : 00

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Florez

7 (5) Segundo apellido: Rios

8 (6) Primer nombre: Gloria

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 25232064

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1961 - 06 - 24

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Cra 5 # 7-28 Providencia

18 (12) Dirección residencia: Cra 5 # 7-28 Providencia

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 3106770781

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

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

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Central

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Central

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 12

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 12

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 20

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

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

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PÚBLICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 70

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 162

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaria de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [ ][0]

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

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 | |
| Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | Agentes no clasificados | |
| Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles | | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Caidas de personas | | Caidas de obj etos | | 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Gloria Flores

**CC:** 25232064

**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jaramillo

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 2027 — M M: 10 — D D: 17

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 10 : M M: 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 11 : M M: 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: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: [illegible]

7 (5) Segundo apellido: [illegible]

8 (6) Primer nombre: [illegible]

9 (7) Segundo nombre: [illegible]

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

11 (3) Número de documento: 24997327

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1997 — M M: 07 — D D: 11

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Cra 7 # 7-28

18 (12) Dirección residencia: Cra 7 # 7-20

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 3135980032

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 2

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | 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 | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 0 3

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 1 7

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 60

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 161

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [ ][ ][0]

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

Trabaj o [ ] 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 trabaj ϕ**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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [X] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:**
**CC:**
**Firma del Encuestador:** Isabel C Jurado

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 17

**2** Hora de inicio (HH:MM): 08:30

**3** Hora de finalización (HH:MM): 10:00

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

**5** (26) Número del documento de identificación del encuestador: 345649h

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: ARBOLEDA

**7** (5) Segundo apellido: BETANCUR

**8** (6) Primer nombre: MARYORI

**9** (7) Segundo nombre:

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

**11** (3) Número de documento: 1093536186

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1997 - 01 - 04

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: RISARALDA

**15** (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: VEREDA PUEBLO BLANCO

**18** (12) Dirección residencia: VEREDA PUEBLO BLANCO

**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: 3184312320

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: PARQUE CENTRAL

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: PARQUE CENTRAL

## 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 [ ]

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

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 2

**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 | X | Ganaderia | | Mineria | | Silvicultura | |
| Comercio | | Manufactura | | Construccion | | 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 | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 0 8

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

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

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 70

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 172

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

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☒
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 ☐ Droguería ☐ 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

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

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [X] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** [illegible]

**CC:** [illegible]

**Firma del Encuestador:** ISABEL C. CUERVO

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 07 - 10

**2** Hora de inicio (HH:MM): 07 : 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 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: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: LONDOÑO

**7** (5) Segundo apellido: ARTEAGA

**8** (6) Primer nombre: YESICA

**9** (7) Segundo nombre: ANDREA

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

**11** (3) Número de documento: 1093536464

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1993 - 07 - 01

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: RISARALDA

**15** (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: CRA 5 # 6-44

**18** (12) Dirección residencia: CRA 5 # 6-44

**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 3148195806

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: PLAZA CENTRAL

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: PLAZA CENTRAL

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | 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 | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 04

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] 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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

**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 [ ]

**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 62

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 168

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [ ][0]

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

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 | X |
| Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | Agentes no clasificados | |
| Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles | | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Caidas de personas | | Caidas de obj etos | | Atrapamiento | |
| Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento | | Pisadas, choques o golpes | X | | |
| 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| Calzado dielectrico | | Calzado antiestatico | | NoRegistra | |
| Botas de caucho | | | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Eslinga | | Cinturón de seguridad | | Ninguno | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Yessica Londoño Arteaga
**CC:** 1092536464
**Firma del Encuestador:** ISABEL C. SOSSA U

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 2022 — M M: 10 — D D: 18

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 07 : M M: 30

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 09 : M M: 00

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Diaz

7 (5) Segundo apellido: Arcelo

8 (6) Primer nombre: Sol

9 (7) Segundo nombre: Yuri

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

11 (3) Número de documento: 1005020722

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2003 — M M: 09 — D D: 18

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Morro Pelado

18 (12) Dirección residencia: Cll 3 # 5-50

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 3234552883

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 2
**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

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

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | X | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

**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 56

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 156

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

**55** (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 02

**56** (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 03

**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 [ ] NO [X]

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

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

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Agentes no clasificados ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Caidas de obj etos ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

Virus [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [ ]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [X]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj c | | Ninguno | X |
| Calzado dielectrico | | Calzado antiestatico | | NoRegistra | |
| Botas de caucho | | | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Eslinga | | Cinturón de seguridad | | Ninguno | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO |
| **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 | SI | X | NO |

letrina)

**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 [ ] NO [X]

**Nombre del Encuestado:** Sol angie Diaz agudelo

**CC:** 1005020722

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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 [X] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2022 — M M: 10 — D D: 18

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 8 — M M: 15

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 10 — M M: 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: 34556911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: JARAMILLO

7 (5) Segundo apellido: BATERO

8 (6) Primer nombre: JHON

9 (7) Segundo nombre: SEBASTIAN

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

11 (3) Número de documento: 1088245812

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2002 — M M: 11 — D D: 30

13 (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: CENTRO

18 (12) Dirección residencia: CENTRO

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 3206889322

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: CENTRO

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | | Con otros | X |
| Con el cónyugue | | 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | / | Familiar | |
| Arrendada | | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 2

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

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

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 [/] 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? ASMED SALUD

**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 69

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 170

**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 [ ] NO [X]

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

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

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [X] Muy buena [ ] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj ϕ**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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Agentes no clasificados ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Caidas de obj etos ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☑

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [X] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [/] Ninguno [ ]

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [X]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [ ] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | X | 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 trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **99** (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? | SI | | NO | X |
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** _____

**CC:** _____

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 2022 — M M: 11 — D D: 18

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 13 : M M: 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 12 : M M: 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: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: RAMIREZ

7 (5).Segundo apellido: ROMERO

8 (6) Primer nombre: DANIELA

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 1004993888

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2001 — M M: 10 — D D: 16

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: MARGEN DEL MISTRO

18 (12) Dirección residencia: CALLE 7 # 4-08

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 3117364178

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: CENTRO

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | | Con otros | X |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

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

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 7

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

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

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | X | |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 [ ] Excepción [ ] Especial [ ]

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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

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

**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 44

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 153

**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 [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj ( [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | Protectores auriculares | | Ninguno | X |
| Tapones para los oidos de uso multiple o desechable | | Cascos antiruido | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Daniela Ramirez R.

**CC:**

**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

396

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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 [X] No [X]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2022 — M M: 10 — D D: 13

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 09 : M M: 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 10 : M M: 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: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Gomez

7 (5) Segundo apellido: Muñoz

8 (6) Primer nombre: Juli

9 (7) Segundo nombre: Natalia

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

11 (3) Número de documento: 1005070543

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2003 — M M: 04 — D D: 03

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Cra 4 #9-07 / centro

18 (12) Dirección residencia: Cra 4 #9-07

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 3216974577

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro / Plaza Principal

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años [ ][ ]

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | X | |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

**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 45

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 173

**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 [ ] NO [X]

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

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

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 sù oficio u ocupación? **(Marque una sola opción)**

Grupo organizado de trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☑

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj ( [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PÚBLICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Natalia Gómez

**CC:**

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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 [X] No [X]

**1** (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022 - 11 - 18

**2** Hora de inicio (HH:MM): 09:30

**3** Hora de finalización (HH:MM): 11:00

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

**5** (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Pinto

**7** (5) Segundo apellido:

**8** (6) Primer nombre: Sandra

**9** (7) Segundo nombre:

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

**11** (3) Número de documento: 1093534249

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1998 - 08 - 30

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Centro

**18** (12) Dirección residencia: Centro

**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 3144901714

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Centro/Plaza Principal

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | | Con otros | X |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 05

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 01

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 6

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 17

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

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [X] 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 [ ] Cotizante [✓]

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

**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 140

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 160

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

**55** (51) ¿Cuántos días a la semana lo practica? Dias 04

**56** (52) ¿Cuántas horas al día lo practica? Horas 06

**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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## CONDICION 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 [ ] NO [X]

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

SI [ ] NO [X]

**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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

**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 [ ] NO [X]

**Nombre del Encuestado:** Sandra franco.
**CC:**
**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

398

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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 [X] No [ ]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022-10-18

2 Hora de inicio (HH:MM): 11:00

3 Hora de finalización (HH:MM): 12:30

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 345649 h

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Quicano

7 (5) Segundo apellido: Garcia

8 (6) Primer nombre: Yuliana

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 1093537511

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1994-10-29

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Centro

18 (12) Dirección residencia: Plaza Principal

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 3136720237

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

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

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

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | | Con otros | X |
| Con el cónyugue | | 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 10

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [X] 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 [ ] Cotizante [X]

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

**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 [X] NO [ ]

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROTECCION | [ ] | FONPRECON | [ ] |
| PORVENIR | [X] | 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 68.

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 162

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente ☐ Muy buena ☑ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

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

SI ☒ NO ☐

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

SI ☒ 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?

Trabaj o ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

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

SI ☐ NO ☒

**72** (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad ☐☐☐

**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 | ☒ |
| **73,2** (68) Un accidente de trabaj **(si marca SI diligenciar desde la preg.74 a la preg.82)** | SI | ☐ | NO | ☒ |
| **73,4** (69) Una enfermedad de origen común | SI | ☐ | NO | ☒ |
| **73,5** (70) Una enfermedad de origen ocupacional | SI | ☐ | NO | ☒ |

**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 | ☐ |
| Oj os | ☐ | Miembros inferiores | ☐ |
| Torax | ☐ | Pies | ☐ |
| Abdomen | ☐ | Ubicaciones multiples | ☐ |
| Miembros superiores | ☐ | Lesiones generales u otras | ☐ |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | ☐ | NoRegistra | ☐ |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☑

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [X] NoRegistra [ ]

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

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

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [X]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 | | NoRegistra | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles | | Pantalla de soldadura de mano | | | |
| | | Pantalla de soldadura de cabeza | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | Protectores auriculares | | Ninguno | |
| Tapones para los oidos de uso multiple o desechable | | Cascos antirruido | | NoRegistra | X |

**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 | | Ninguno | |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | X |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | |
| Calzado dielectrico | | Calzado antiestatico | | NoRegistra | X |
| 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 barbuquej o | | NoRegistro | X |
| Mosquetones | | Arnes | | | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contra productos quimicos liquidos | | Alta visibilidad | | Ninguno | |
| | | Contra el frio | | NoRegistra | X |
| 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

**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 [ ] NO [X]

**Nombre del Encuestado:** Yuliana Quiceno

**CC:** 1093[illegible]

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 19

2 Hora de inicio (HH:MM): 11 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): 11 : 00

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Londoño

7 (5) Segundo apellido:

8 (6) Primer nombre: Adelso

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 1093537103

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1984 - 05 - 04

13 (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: calle 4 # 4-23

18 (12) Dirección residencia: calle 4 # 4-23

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 3225291032

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: calle 4 # 4-23

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: calle 4 # 4-23

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PÚBLICO RED - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | 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 | | ServicioDomestico | |
| Transporte | X | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 10

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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 [X] SI [ ] NO [ ]

**47** (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [ ] Excepción [ ] Especial [ ]

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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

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

**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 [ ][7][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 [ ] 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 [ ] NO [X]

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

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

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## 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 [X]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [X] Ricketsias [ ]
Parásitos [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [X] Humos [X]
Gases y vapores [X] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [/]

**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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | 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 barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Adelino londoño.
**CC:** 1093535228
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jucuv

**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

406

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 2022 — M M: 10 — D D: 19

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 08 : M M: 30

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 10 : M M: 00

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Valencia

7 (5) Segundo apellido:

8 (6) Primer nombre: Carmenza

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 25001702

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1972 — M M: 05 — D D: 14

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Pueblo Rico/Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Risaralda

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Barrio el Progreso

18 (12) Dirección residencia: Barrio el Progreso

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 3117869077

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza central

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza central

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 01

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 01

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 09

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas)** **(Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

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

**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 45

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 150

**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 dia 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 [ ] Semanal [ ] Quincenal [X] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ Agentes no clasificados ☐

Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

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

Caidas de personas ☐ Caidas de obj etos ☐ 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUERTO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj ‹ [ ]
NoRegistra [/] Ninguno [ ]

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [/]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

- Orej eras [ ]
- Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
- Protectores auriculares [ ]
- Cascos antirruido [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

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

- Tapabocas [X]
- Mascarillas autofiltrantes [ ]
- Mascaras para gases [ ]
- Mascaras para vapores [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

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

- Guantes de latex [ ]
- Guantes de Neopreno [ ]
- Guantes de Nitrilo [ ]
- Guantes de Malla [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

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

- Calzado de seguridad [ ]
- Calzado dielectrico [ ]
- Botas de caucho [ ]
- Calzado de trabaj [ ]
- Calzado antiestatico [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

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

- Eslinga [ ]
- Linea de vida [ ]
- Mosquetones [ ]
- Cinturon de seguridad [ ]
- Casco con barbuquej o [ ]
- Arnes [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

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

- Contra productos quimicos liquidos [ ]
- Propiedades electroestaticas [ ]
- Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
- Alta visibilidad [ ]
- Contra el frio [ ]
- Contra calor y llamas [ ]
- Delantal plastico [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]
- 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 [X] NO [ ]

**94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**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 SI [X] NO [ ]

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Carmenza Valencia.
**CC:** 25001702
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jaramillo

**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

410

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 19

**2** Hora de inicio (HH:MM): 07 : 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 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: 3456911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: ROJAS

**7** (5) Segundo apellido: GALEANO

**8** (6) Primer nombre: MARELA

**9** (7) Segundo nombre: ISABEL

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

**11** (3) Número de documento: 1093536243

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1997 - 08 - 04

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: RISARALDA

**15** (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: CENTENARIO

**18** (12) Dirección residencia: CENTENARIO

**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 313206799

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: PLAZA CENTRAL

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: PLAZA CENTRAL

## 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 [X] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | 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):** 1

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 04

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

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

**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 50

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 152

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [X] Muy buena [ ] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [✓] Ninguno [ ]

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

Virus [X] Bacterias [X] 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 [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [✓]

**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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

- Orej eras [ ]
- Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
- Protectores auriculares [ ]
- Cascos antirruido [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

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

- Tapabocas [X]
- Mascarillas autofiltrantes [ ]
- Mascaras para gases [ ]
- Mascaras para vapores [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

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

- Guantes de latex [ ]
- Guantes de Neopreno [ ]
- Guantes de Nitrilo [ ]
- Guantes de Malla [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

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

- Calzado de seguridad [ ]
- Calzado dielectrico [ ]
- Botas de caucho [ ]
- Calzado de trabaj [ ]
- Calzado antiestatico [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

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

- Eslinga [ ]
- Linea de vida [ ]
- Mosquetones [ ]
- Cinturon de seguridad [ ]
- Casco con barbuquej o [ ]
- Arnes [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

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

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

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 [X] NO [ ]

**94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**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 SI [X] NO [ ]

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Angela Tatiana.
**CC:** 1093 356 243
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jueu

**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

414

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 2022 — M M: 10 — D D: 19

**2** Hora de inicio (HH:MM): H H: 13 : M M: 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): H H: 14 : M M: 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: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Velasquez

**7** (5) Segundo apellido:

**8** (6) Primer nombre: camilo

**9** (7) Segundo nombre:

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

**11** (3) Número de documento: 1006198 13

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2001 — M M: 03 — D D: 16

**13** (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Nuevo del Minero

**18** (12) Dirección residencia: Nuevo del Minero

**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 3126601674

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico / Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

**24)** Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Centro

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Principal

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 00

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 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 | X | Mineria | | Silvicultura | |
| Comercio | | Manufactura | | Construccion | | 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 | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 04

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

415

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

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

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 73

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 173

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

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaria de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

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

Excelente [X] Muy buena [ ] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
Medios de transporte ☐
Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
NoRegistra Agentes no clasificados ☒

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

Caidas de personas ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
Caidas de obj etos ☐
Pisadas, choques o golpes ☐
Exposicion o contacto con la electricidad ☐
Atrapamiento ☐
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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☑

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [X] Muy buena [ ] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [/] Ninguno [ ]

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [/]

**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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

- Orej eras [ ]
- Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
- Protectores auriculares [ ]
- Cascos antirruido [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

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

- Tapabocas [X]
- Mascarillas autofiltrantes [ ]
- Mascaras para gases [ ]
- Mascaras para vapores [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

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

- Guantes de latex [ ]
- Guantes de Neopreno [ ]
- Guantes de Nitrilo [ ]
- Guantes de Malla [X]
- Ninguno [ ]
- NoRegistro [ ]

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

- Calzado de seguridad [ ]
- Calzado dielectrico [ ]
- Botas de caucho [ ]
- Calzado de trabaj ( [ ]
- Calzado antiestatico [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

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

- Eslinga [ ]
- Linea de vida [ ]
- Mosquetones [ ]
- Cinturon de seguridad [ ]
- Casco con barbuquej o [ ]
- Arnes [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistro [ ]

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

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

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 [X] NO [ ]

**94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**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 SI [X] NO [ ]

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Camilo Valasquez
**CC:** 1006 19813
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Lopez

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 19

**2** Hora de inicio (HH:MM): 11 : 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 12 : 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: 3456491

**INFORMACIÓN EL TRABAJADOR**

**6** (4) Primer apellido: Quisco

**7** (5) Segundo apellido:

**8** (6) Primer nombre: Luisa

**9** (7) Segundo nombre: María

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

**11** (3) Número de documento: 1093533943

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1996 - 10 - 06

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

**LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR**

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Calle Bomberos

**18** (12) Dirección residencia: Calle Bomberos

**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 3103566756

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Centro

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Principal

**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 [X] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años [ ][ ]

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | X | | |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 70

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 168

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

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

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [X] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj : [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [ ]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X |
| 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Luisa María Quiseno.
**CC:** 1093533943
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jaramillo

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 19

**2** Hora de inicio (HH:MM): 10 : 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 11 : 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: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Molina

**7** (5) Segundo apellido: Hernandez

**8** (6) Primer nombre: Edwin

**9** (7) Segundo nombre:

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

**11** (3) Número de documento: 1093537103

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 2002 - 10 - 24

**13** (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Tumbores

**18** (12) Dirección residencia: Tumbores

**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 3123718394

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Calle 4 # 4-05

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 4 # 4-05

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 02

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 02

**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 | X | Mineria | | Silvicultura | |
| Comercio | | Manufactura | | Construccion | | 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 | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 04

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

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

**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 75

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 176

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaria de Salud<br>GESTIóN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIóN<br>DE LA POBLACIóN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONóMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |

**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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

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

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

**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 [X] Buena [ ] 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 [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [ ]

**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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Edwin Molina Hernandez
**CC:** 1093537103
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jojoa

**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

426

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 20

2 Hora de inicio (HH:MM): 08 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): 10 : 00

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: ROMAN

7 (5) Segundo apellido: OROZCO

8 (6) Primer nombre: ELCIRA

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 1093357916

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1995 - 04 - 13

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: CENTRO

18 (12) Dirección residencia: PLAZA CENTRAL

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 3113689877

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: CENTRO

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesanía | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 2

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas)** **(Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

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

**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 70

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 172

**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 [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 [X]

**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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☑

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [/] Ninguno [ ]

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

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

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

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [/]

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | X |

**Nombre del Encuestado:** Elena Roman Orozco.
**CC:** 1093537916
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jiore

**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

430

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 20

**2** Hora de inicio (HH:MM): 07 : 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 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: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Toro

**7** (5) Segundo apellido: Velasquez

**8** (6) Primer nombre: Maria

**9** (7) Segundo nombre:

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

**11** (3) Número de documento: 25000732

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1969 - 08 - 10

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Vereda el Recreo

**18** (12) Dirección residencia: Vereda El Recreo

**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 3128279690

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Calle 4 # 4-18

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 4 # 4-18

## 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 [X] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | X | 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 | X |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 12

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | X | |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

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

**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 [X] NO [ ]

**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 55

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 165

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIóN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIóN<br>DE LA POBLACIóN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONóMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

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

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

- Orej eras [ ]
- Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
- Protectores auriculares [ ]
- Cascos antirruido [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

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

- Tapabocas [X]
- Mascarillas autofiltrantes [ ]
- Mascaras para gases [ ]
- Mascaras para vapores [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

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

- Guantes de latex [ ]
- Guantes de Neopreno [ ]
- Guantes de Nitrilo [ ]
- Guantes de Malla [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

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

- Calzado de seguridad [ ]
- Calzado dielectrico [ ]
- Botas de caucho [ ]
- Calzado de trabaj o [ ]
- Calzado antiestatico [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

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

- Eslinga [ ]
- Linea de vida [ ]
- Mosquetones [ ]
- Cinturon de seguridad [ ]
- Casco con barbuquej o [ ]
- Arnes [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

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

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

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 [X] NO [ ]

**94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**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 SI [X] NO [ ]

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | X |

**Nombre del Encuestado:** Maria Toro Velasquez
**CC:** 25000732
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jurado

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 20

2 Hora de inicio (HH:MM): 10 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 11 : 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: 3456911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: CORREA

7 (5) Segundo apellido:

8 (6) Primer nombre: MARIA

9 (7) Segundo nombre: OLIVA

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

11 (3) Número de documento: 24411114

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1953 - 04 - 17

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: CRA 4 # 5-20

18 (12) Dirección residencia: CRA 4 # 5-20

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 3043583351

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: CRA 4 # 5-20

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: CRA 4 # 5-20

## 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 [X] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 00

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 00

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 14

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | X | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo [ ] Más de un salario mínimo [ ] Un salario mínimo [X]

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 50

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 164

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIóN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

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

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

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

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

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

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj ‹ [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [X] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | X | 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 trabaj | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** María Oliva Correa.
**CC:** 24411114
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jaramillo

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 20

2 Hora de inicio (HH:MM): 11 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): 13 : 00

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

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: MUÑOZ

7 (5) Segundo apellido: CASTAÑO

8 (6) Primer nombre: MARTHA

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 42016991

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1978 - 08 - 18

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Calle 4 # 15

18 (12) Dirección residencia: Calle 4 # 15

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 3207724496

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Calle 4 # 15

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 4 # 15

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 3

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 1

**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 | X |
| 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | X | Familiar | |
| Arrendada | | Usufructo u ocupación de hecho | |

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

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

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

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 15

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

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

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 60

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 168

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

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

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

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

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | X | Calzado de trabaj ( | | 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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:** MARTHA ACEVEDO
**CC:** 42016991
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jurado

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): YYYY: 2022 — MM: 11 — DD: 20

**2** Hora de inicio (HH:MM): HH: 11 : MM: 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): HH: 12 : MM: 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: 3456911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: MONTES

**7** (5) Segundo apellido: CASTAÑO

**8** (6) Primer nombre: MARIA

**9** (7) Segundo nombre: MARGARITA

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

**11** (3) Número de documento: 1093333616

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1987 — 01 — 22

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: RISARALDA

**15** (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

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

**17** Nombre del Barrio / Vereda: CALLE BOMBEROS

**18** (12) Dirección residencia: CALLE BOMBEROS

**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 3212953187

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

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

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: PLAZA CENTRAL

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: PLAZA CENTRAL

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 1

**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 | X |
| 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | X | Familiar | |
| Arrendada | | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | X | No |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 12

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 17

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [X]

## 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 [X] Excepción [ ] Especial [ ]

**48** (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? NUEVA EPS

**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 61

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 168

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles
- Medios de transporte
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales
- NoRegistra
- Agentes no clasificados

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
- Exposicion o contacto con temperatura extrema
- Caidas de obj etos
- Pisadas, choques o golpes
- Exposicion o contacto con la electricidad
- Atrapamiento
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

**87** (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [X] Jornada de trabaj o [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [X] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [ ] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | ☐ | Gafas de montura integral | ☐ | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | ☐ | 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 | ☐ | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | ☐ | Guantes de Malla | ☐ | NoRegistro | ☐ |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | X | Calzado de trabaj ( | ☐ | 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 | X |
| Linea de vida | ☐ | Casco con barbuquej o | ☐ | NoRegistro | ☐ |
| Mosquetones | ☐ | Arnes | ☐ | | |

**90,8** (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Contra productos quimicos liquidos | ☐ | Alta visibilidad | ☐ | Ninguno | X |
| Propiedades electroestaticas | ☐ | Contra el frio | ☐ | NoRegistra | ☐ |
| Soldeo y tecnicas conexas. | ☐ | Contra calor y llamas | ☐ | | |
| | | 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 | X | NO | ☐ |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | ☐ |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | ☐ |
| **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 | SI | X | NO | ☐ |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** María M. Montes Castaño.
**CC:** 1093533616
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jucá

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2025 - 10 - 20

**2** Hora de inicio (HH:MM): 09:30

**3** Hora de finalización (HH:MM): 14:00

**4** (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

**5** (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: URIBE

**7** (5) Segundo apellido: CASTAÑO

**8** (6) Primer nombre: LUCIA

**9** (7).Segundo nombre: URIBE

**10** (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

**11** (3) Número de documento: 25000717

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1966 - 06 - 22

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: RISARALDA

**15** (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

**16** (11) Zona de Residencia: Urbano [ ] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**17** Nombre del Barrio / Vereda: calle 7 # 3-14

**18** (12) Dirección residencia: calle 7 # 3-14

**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 3226235469

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

**23** Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: CENTRO

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: CENTRO

## 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 [ ] Divorciado [ ] Viudo / Separado [X] Soltero [ ] Unión Marital de Hecho [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PÚBLICO RIESGO - RISARALDA

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

**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 | X |
| 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años [ ][ ]

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [X]

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 62

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 165

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIóN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIóN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONóMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ Agentes no clasificados ☐

Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ Caidas de obj etos ☐ 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [X] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** lucia urrutia castaño.
**CC:** 25000 717
**Firma del Encuestador:** [signature]

**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

050

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 21

2 Hora de inicio (HH:MM): 07 : 00

3 Hora de finalización (HH:MM): 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: 3456911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Giraldo

7 (5) Segundo apellido: Giraldo

8 (6) Primer nombre: Valentina

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [ ] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1004685359

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 2001 - 12 - 17

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Nuevo Principal

18 (12) Dirección residencia: Nuevo Principal cra #4-24

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 3105436316

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Centro

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | Universitario completa | | | |

**29** (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [ ]

**30** (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | 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 | X |
| 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [ ] No X

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 0 3

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 1 2

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 X | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? NUEVA EPS

**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 70

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 168

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## 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 [X] Iluminacion [ ] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj ( [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [ ] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [X]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

- Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales [ ]
- Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles [ ]
- Gafas de montura integral [ ]
- Pantalla facial [ ]
- Pantalla de soldadura de mano [ ]
- Pantalla de soldadura de cabeza [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

**90,3** (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

- Orej eras [ ]
- Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ]
- Protectores auriculares [ ]
- Cascos antirruido [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

**90,4** (96) Proteccion respiratoria **(marcar una, la mas importante)**

- Tapabocas [X]
- Mascarillas autofiltrantes [ ]
- Mascaras para gases [ ]
- Mascaras para vapores [ ]
- Ninguno [ ]
- NoRegistra [ ]

**90,5** (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

- Guantes de latex [ ]
- Guantes de Neopreno [ ]
- Guantes de Nitrilo [ ]
- Guantes de Malla [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

- Calzado de seguridad [ ]
- Calzado dielectrico [ ]
- Botas de caucho [ ]
- Calzado de trabaj ( [ ]
- Calzado antiestatico [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]

**90,7** (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

- Eslinga [ ]
- Linea de vida [ ]
- Mosquetones [ ]
- Cinturon de seguridad [ ]
- Casco con barbuquej o [ ]
- Arnes [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistro [ ]

**90,8** (100) Ropa de protección **(marcar una, la mas importante)**

- Contra productos quimicos liquidos [ ]
- Propiedades electroestaticas [ ]
- Soldeo y tecnicas conexas. [ ]
- Alta visibilidad [ ]
- Contra el frio [ ]
- Contra calor y llamas [ ]
- Delantal plastico [ ]
- Ninguno [X]
- NoRegistra [ ]
- 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 [X] NO [ ]

**94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [X] NO [ ]

**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 SI [X] NO [ ]

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Valentina Giraldo
**CC:** 1004685359
**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

454

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 21

**2** Hora de inicio (HH:MM): 08:30

**3** Hora de finalización (HH:MM): 10:00

**4** (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

**5** (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456981

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Ruiz

**7** (5) Segundo apellido: Bohorquez

**8** (6) Primer nombre: Leidy

**9** (7) Segundo nombre: Yised

**10** (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

**11** (3) Número de documento: 1093539755

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1994 - 04 - 02

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

**16** (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**17** Nombre del Barrio / Vereda: calle 7 #4-23 Barrio Manuela del Minister

**18** (12) Dirección residencia: Cra 7 #4-23 Barrio Manuela del Minister

**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 3206986161

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

**23** Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Cra 7 #7-16

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 7 #7-16

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 4

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 3

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si X No

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 1 0

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 1 2

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? NUEVA EPS

**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 65

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 168

**54** (50) ¿Desarroila 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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIóN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIóN<br>DE LA POBLACIóN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONóMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☒

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**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 [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj ( [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] 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 [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
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 | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Leidy Rueda Bolaños

**CC:** 1093539755

**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

458

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 21

**2** Hora de inicio (HH:MM): 10 : 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 11 : 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: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Valencia

**7** (5) Segundo apellido: Rosero

**8** (6) Primer nombre: Dunes

**9** (7) Segundo nombre: Giovany

**10** (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

**11** (3) Número de documento: 71775813

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1977 - 10 - 06

**13** (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

**16** (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Vereda la Palma

**18** (12) Dirección residencia: Vereda la Palma

**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 3223081084

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

**23** Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Centro

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 5

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 2

**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 | X | Desmovilizado | | Ninguno | | NoRegistra | |

**35** (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Violencia sociopolitica | X | 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | X | Semiestacionaria | | Estacionaria | | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**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 servicios) Si [ ] No [ ]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años [ ][ ]

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 1 2

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 día marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Coosalud EPS

**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 80

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 175

**54** (50) ¿Desarroila 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 [ ] NO [X]

**65** (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [0]

**70** (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 [ ] Regular [ ] Mala [X]

**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 [X] Iluminacion [ ] Vibracion [X] Temperaturas extremas [X]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [X] Ricketsias [ ]
Parásitos [X] Picaduras [X] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [X] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [X]
Gases y vapores [X] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| | | Pantalla facial | | NoRegistra | |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles | | Pantalla de soldadura de mano | | | |
| | | Pantalla de soldadura de cabeza | | | |

**90,3** (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| Calzado dielectrico | | Calzado antiestatico | | NoRegistra | |
| Botas de caucho | | | | | |

**90,7** (99) Otros elementos de proteccion (marcar una, la mas importante)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Eslinga | | Cinturón de seguridad | | Ninguno | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** ANDRES JORGE S.
**CC:** 71779813.
**Firma del Encuestador:** ISRAEL C JOCAU

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 2022 — M M: 03 — D D: 10

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 11 : M M: 30

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 11 : M M: 00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Valencia

7 (5) Segundo apellido: Gomez

8 (6) Primer nombre: Lindy

9 (7) Segundo nombre: Milena

10 (2) Tipo documento: CC [ ] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 25001490

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1987 — M M: 06 — D D: 29

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Villa Daniela

18 (12) Dirección residencia

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 3217726056

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Principal

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 02

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 00

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [ ] No [X]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años [ ][ ]

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 [ ] NO [ ]

**47** (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo [ ] Subsidiado [X] 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? ASMET SALUD

**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 58

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 164

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [0]

**70** (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☒
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Agentes no clasificados ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Caidas de obj etos ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 [X] Iluminacion [ ] Vibracion [X] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [X] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Nancy Yalencia Gomez.
**CC:** 25001490
**Firma del Encuestador:** ISABEL C. JUSTO

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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: 2022 — M M: 10 — D D: 21

**2** Hora de inicio (HH:MM): H H: 11 : M M: 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): H H: 12 : M M: 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: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Lopez

**7** (5) Segundo apellido: Gomez

**8** (6) Primer nombre: Adriana

**9** (7) Segundo nombre:

**10** (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

**11** (3) Número de documento: 1863282

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1987 — M M: 09 — D D: 21

**13** (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

**16** (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Cra 4 #7-11

**18** (12) Dirección residencia: Cra 4 # 7-11

**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: 3127364381

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

**23** Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Central

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Central

## 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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | Universitario completa | | | |

**29** (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [ ]

**30** (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | X |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

**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 | X |
| 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 | | ServicioDomestico | |
| Transporte | X | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | X | Semiestacionaria | | Estacionaria | | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | X | Familiar | |
| Arrendada | | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si X No [ ]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 14

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [X]

## 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 [X] Excepción [ ] Especial [ ]

**48** (44) En su régimen de salud, usted es

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [X]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? PIJAOS

**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 90

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 170

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 | [X] | Iluminacion | [X] | Vibracion | [X] | Temperaturas extremas | [X] |
| Radiaciones no ionizantes | [ ] | Presion atmosferica | [ ] | | | Radiaciones ionizantes | [ ] |
| Ninguno | [ ] | NoRegistra | [ ] | | | | |

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestion organizacional | [ ] | Caracteristicas de la organizacion del trabaj o | [ ] | Caracteristicas del grupo social de trabaj o | [X] |
| Condiciones de la tarea | [X] | Interfase persona - tarea | [ ] | Jornada de trabaj | [ ] |
| NoRegistra | [ ] | Ninguno | [ ] | | |

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Virus | [X] | Bacterias | [X] | Hongos | [ ] | Ricketsias | [ ] |
| Parásitos | [X] | Picaduras | [ ] | Mordeduras | [ ] | | |
| Fluidos o excrementos | [ ] | Ninguno | [ ] | NoRegistra | [ ] | | |

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mecanico | [X] | Electrico | [ ] | Locativo | [ ] | Tecnologico | [ ] |
| Accidentes de transito | [ ] | Trabaj o en alturas | [ ] | Espacios confinados | [ ] | Publicos | [ ] |
| | | | | | | Ninguno | [ ] |
| NoRegistra | [ ] | | | | | | |

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Manipulacion manual de cargas | [ ] | Movimiento repetitivo | [X] | Postura | [X] | Ninguno | [ ] |
| | | | | Esfuerzo | [ ] | NoRegistra | [ ] |

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Polvos | [X] | Fibras | [X] | Liquidos | [ ] | Humos | [X] |
| Gases y vapores | [X] | NoRegistra | [ ] | Ninguno | [ ] | | |

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sismo | [X] | Terremoto | [X] | Vendaval | [ ] | Inundacion | [ ] |
| Derrumbe | [ ] | 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 [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 | [ ] | Ninguno | [X] |
| Prendas de proteccion para la cabeza | [ ] | Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo | [ ] | | | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Adriano Lopez Gomez

**CC:** 18603767

**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

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - 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: 2022 — M M: 10 — D D: 21

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 09 : M M: 30

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 04 : M M: 00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: [illegible]

7 (5) Segundo apellido: [illegible]

8 (6) Primer nombre: [illegible]

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1093340833

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1989 — M M: 11 — D D: 10

13 (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: [illegible]

15 (10) Municipio de residencia: [illegible]

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: [illegible]

18 (12) Dirección residencia: [illegible]

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 3187381859

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: [illegible]

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: [illegible]

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: [illegible]

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: [illegible]

## 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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | Universitario completa | | | |

**29** (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [ ]

**30** (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 01

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 01

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | Nc | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si X No [ ]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 10

**(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 | | Nocturna | | Mixta | | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 12

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)**

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [X]

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS

**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 58

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 160

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [ ][0]

**70** (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 | X |
| Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | Agentes no clasificados | |
| Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles | | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | |

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Caidas de personas | | Caidas de obj etos | | Atrapamiento | X |
| 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 radiacionés 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 trabaj adores informales | Empresa Prestadora de Servicios de Salud
El trabaj ador 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

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [ ] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de.trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Diego Ayala Taborda.

**CC:** 1093340833

**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

474

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022-10-22

2 Hora de inicio (HH:MM): 07:00

3 Hora de finalización (HH:MM): 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: 3656990

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Gaviria

7 (5) Segundo apellido: Osorio

8 (6) Primer nombre: Yuliet

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1004933909

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 2002-04-12

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Tumbadores

18 (12) Dirección residencia: Tumbadores

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 3174666234

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Plaza Principal

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Plaza Principal

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | Universitario completa | | | |

**29** (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [ ]

**30** (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | 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 | X | Desmovilizado | | Ninguno | | NoRegistra | |

**35** (21) ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? **(Responder si la pregunta 34 marco desplazado)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Violencia sociopolitica | | Cambio climatico | | NoRegistra | X |
| 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No | X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si X No [ ]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 1 0

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 1 2

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 [X] 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? ASMET SALUD

**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 58

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 160

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [0]

**70** (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [X]

**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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ Agentes no clasificados ☒
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ Caidas de obj etos ☐ 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [X] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [X] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [X] Picaduras [X] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [ ] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

DEPARTAMENTÓ 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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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,infrarroj os y visibles | | Pantalla facial | | NoRegistra | X |
| | | Pantalla de soldadura de mano | | | |
| | | Pantalla de soldadura de cabeza | | | |

**90,3** (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | X | Protectores auriculares | | Ninguno | |
| Tapones para los oidos de uso multiple o desechable | | Cascos antirruido | | NoRegistra | X |

**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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Yulisa Gonzalez
**CC:** 1004993909
**Firma del Encuestador:** Yisel C. Sau

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 22

2 Hora de inicio (HH:MM): 08:30

3 Hora de finalización (HH:MM): 10:00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 34564911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Ramirez

7 (5) Segundo apellido: Florez

8 (6) Primer nombre: Shon

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1088238931

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1986 - 05 - 04

13 (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: Barrio el Progreso/casa 106

18 (12) Dirección residencia: Barrio el Progreso/casa 106

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 3137369053

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico / Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Centro

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 2

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDòmestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si X No

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 08

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 08

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? RENACER SALUD

**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 75

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 171

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [ ][0]

**70** (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIóN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIóN<br>DE LA POBLACIóN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONóMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | 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 ☐ Droguería ☐ 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 trabaj adores informales ☐ | Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☐

**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 ☐

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 [X] Iluminacion [X] 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 trabaj o [X] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [X] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Mascaras para gases | | Ninguno | X |
| Mascarillas autofiltrantes | | Mascaras para vapores | | NoRegistra | |

**90,5** (97) Proteccion extremidades superiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Guantes de latex | | Guantes de Nitrilo | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Jon Ramirez Florez.
**CC:** 1088238937
**Firma del Encuestador:** Ispercl C. Jdaz

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 22

**2** Hora de inicio (HH:MM): 10 : 00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 11 : 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: 3456911

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: OCAMPO B-

**7** (5) Segundo apellido: BOTERO

**8** (6) Primer nombre: JORGE DURES

**9** (7) Segundo nombre: DURES

**10** (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

**11** (3) Número de documento: 10074395

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1998 - 07 - 07

**13** (9) Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: RISARALDA

**15** (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

**16** (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**17** Nombre del Barrio / Vereda: MANUEL DEL MISTER

**18** (12) Dirección residencia: MANUEL DEL MISTER

**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 3226744922

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

**23** Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: CALLE PRINCIPAL

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: CALLE PRINCIPAL

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | Universitario completa | | | |

**29** (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [X]

**30** (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 00

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 00

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [X] No [ ]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 04

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 09

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [X]

## 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

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: 65

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm: 176

**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 [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [ ][0]

**70** (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [X]

**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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐

Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 | [X] | Iluminacion | [X] | Vibracion | [ ] | Temperaturas extremas | [ ] |
| Radiaciones no ionizantes | [ ] | Presion atmosferica | [ ] | | | Radiaciones ionizantes | [ ] |
| Ninguno | [ ] | NoRegistra | [ ] | | | | |

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestion organizacional | [ ] | Caracteristicas de la organizacion del trabaj o | [ ] | Caracteristicas del grupo social de trabaj o | [ ] |
| Condiciones de la tarea | [X] | Interfase persona - tarea | [ ] | Jornada de trabaj ( | [ ] |
| NoRegistra | [ ] | Ninguno | [ ] | | |

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Virus | [X] | Bacterias | [X] | Hongos | [ ] | Ricketsias | [ ] |
| Parásitos | [X] | Picaduras | [ ] | Mordeduras | [ ] | | |
| Fluidos o excrementos | [ ] | Ninguno | [ ] | NoRegistra | [ ] | | |

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mecanico | [ ] | Electrico | [ ] | Locativo | [X] | Tecnologico | [ ] |
| Accidentes de transito | [ ] | Trabaj o en alturas | [ ] | Espacios confinados | [ ] | Publicos | [ ] |
| | | | | | | Ninguno | [ ] |
| NoRegistra | [ ] | | | | | | |

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Manipulacion manual de cargas | [ ] | Movimiento repetitivo | [X] | Postura | [X] | Ninguno | [ ] |
| | | | | Esfuerzo | [ ] | NoRegistra | [ ] |

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Polvos | [X] | Fibras | [X] | Liquidos | [X] | Humos | [X] |
| Gases y vapores | [ ] | NoRegistra | [ ] | Ninguno | [ ] | | |

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sismo | [X] | Terremoto | [X] | Vendaval | [ ] | Inundacion | [ ] |
| Derrumbe | [ ] | 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 [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 | [ ] | Ninguno | [ ] |
| Prendas de proteccion para la cabeza | [ ] | Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo | | | [X] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | X | Gafas de montura integral | | Ninguno | |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | X | 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 trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Andres Ocorio Ocampo Botero.
**CC:** 1007437995
**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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): 2022 - 10 - 22

2 Hora de inicio (HH:MM): 11 : 30

3 Hora de finalización (HH:MM): 12 : 00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456911

**INFORMACIÓN EL TRABAJADOR**

6 (4) Primer apellido: OSORIO

7 (5) Segundo apellido: CAMPOS

8 (6) Primer nombre: GLORIA

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 42026684

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1973 - 09 - 08

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

**LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR**

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: VILLA ORIELA

18 (12) Dirección residencia: VILLA ORIELA

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 3132256312

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación

**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 [ ]

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X |
| Con el cónyugue | | No Registra | |

**31** (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 11

**32** (18) ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?**(si no tiene poner 0):** 11

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si X No

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 16

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**45** (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario minimo [ ] Más de un salario minimo [ ] Un salario minimo [X]

## 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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 60

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 162

**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 [ ] NO [X]

**65** (59) ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Diario [ ] Semanal [ ] Quincenal [ ] Ocasional [X] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PÚBLICO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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?

Trabaj o [ ] Hogar [ ] Otro [ ] NoRegistra [X]

**71** (63) En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

SI [ ] NO [ ]

**72** (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 mesess? Cantidad [ ][ ][ ]

**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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICIONES DE TRABAJO

**87** (84) De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

Excelente [ ] Muy buena [X] Buena [ ] 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [X] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [X] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [ ] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [X] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [ ] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [ ] Humos [ ]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 [ ] Ninguno [X]
Prendas de proteccion para la cabeza [ ] Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | | Gafas de montura integral | | Ninguno | X |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj o | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Gloria Osorio Carmona
**CC:** 42076684
**Firma del Encuestador:** [signature]

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - 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 [X] No [ ]

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2022-12-16

2 Hora de inicio (HH:MM): 14:30

3 Hora de finalización (HH:MM): 16:00

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

5 (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456996

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: MOLLON

7 (5) Segundo apellido: GOMEZ

8 (6) Primer nombre: ESTEFANIA

9 (7) Segundo nombre:

10 (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

11 (3) Número de documento: 1005962621

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 2000-05-04

13 (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia: PUEBLO RICO

16 (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

17 Nombre del Barrio / Vereda: FINCA SOLEDAD

18 (12) Dirección residencia: FINCA SOLEDAD

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 3137848394

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: PUEBLO RICO

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: PARQUE CENTRAL

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: PARQUE CENTRAL

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 |
|---|---|

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | 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 | X | Con otros | |
| Con el cónyugue | | 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 | X |
| 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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | X |
| 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 | X |
| Arrendada | | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | | No X |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [ ] No [X]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 02

**(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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 10

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)** Dias

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? [illegible]

**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 48

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 157

**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 [ ] Semanal [X] Quincenal [ ] Ocasional [ ] NoRegistra [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [ ][0]

**70** (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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 ☐
- Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
- Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐
- Medios de transporte ☐
- Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
- Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐
- NoRegistra ☐
- Agentes no clasificados ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

- Caidas de personas ☐
- Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
- Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐
- Caidas de obj etos ☐
- Pisadas, choques o golpes ☐
- Exposicion o contacto con la electricidad ☐
- Atrapamiento ☐
- 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 trabaj adores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 | [X] | Iluminacion | [X] | Vibracion | [X] | Temperaturas extremas | [ ] |
| Radiaciones no ionizantes | [ ] | Presion atmosferica | [ ] | | | Radiaciones ionizantes | [ ] |
| Ninguno | [ ] | NoRegistra | [ ] | | | | |

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestion organizacional | [ ] | Caracteristicas de la organizacion del trabaj o | [ ] | Caracteristicas del grupo social de trabaj o | [ ] |
| Condiciones de la tarea | [ ] | Interfase persona - tarea | [X] | Jornada de trabaj ( | [ ] |
| NoRegistra | [ ] | Ninguno | [ ] | | |

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Virus | [X] | Bacterias | [X] | Hongos | [X] | Ricketsias | [ ] |
| Parásitos | [ ] | Picaduras | [ ] | Mordeduras | [ ] | | |
| Fluidos o excrementos | [ ] | Ninguno | [ ] | NoRegistra | [ ] | | |

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mecanico | [ ] | Electrico | [ ] | Locativo | [X] | Tecnologico | [ ] |
| Accidentes de transito | [ ] | Trabaj o 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 | [X] |
| | | | | Esfuerzo | [ ] | NoRegistra | [ ] |

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Polvos | [X] | Fibras | [X] | Liquidos | [X] | Humos | [ ] |
| Gases y vapores | [ ] | NoRegistra | [ ] | Ninguno | [ ] | | |

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sismo | [X] | Terremoto | [X] | Vendaval | [ ] | Inundacion | [ ] |
| Derrumbe | [ ] | 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 [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 | [ ] | Ninguno | [X] |
| Prendas de proteccion para la cabeza | [ ] | Cubrecabezas ligeros de proteccion del cuero cabelludo | [ ] | | | NoRegistra | [ ] |

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | X | Gafas de montura integral | | Ninguno | |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Stefania Gomez.
**CC:** 1005968671
**Firma del Encuestador:** ISABEL C. LUCUMO

**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

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL — COMPROMETIDOS CON SU SALUD — PUEBLO RICO - 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): 2022 - 12 - 10

**2** Hora de inicio (HH:MM): 13:00

**3** Hora de finalización (HH:MM): 14:30

**4** (25) Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ]

**5** (26) Número del documento de identificación del encuestador: 3456491

## INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

**6** (4) Primer apellido: Uribe

**7** (5) Segundo apellido: Toro

**8** (6) Primer nombre: Blanca

**9** (7) Segundo nombre: Yissela

**10** (2) Tipo documento: CC [X] CE [ ] CD [ ] DE [ ] PE [ ] SC [ ] TI [ ] PA [ ]

**11** (3) Número de documento: 1088278256

**12** (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1994 - 04 - 01

**13** (9) Sexo: Masculino [ ] Femenino [X]

## LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

**14** Departamento de residencia: Risaralda

**15** (10) Municipio de residencia: Pueblo Rico

**16** (11) Zona de Residencia: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**17** Nombre del Barrio / Vereda: Vereda el Recreo

**18** (12) Dirección residencia: Vereda el Recreo

**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: 3228256722

**21** Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

**22** Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Pueblo Rico

**23** Zona donde realiza su oficio u ocupación: Urbano [X] Centro poblado [ ] Área rural dispersa [ ]

**24**) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Centro

**25** (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Centro

## 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 [X] Unión Marital de Hecho [ ] Divorciado [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIóN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIóN<br>DE LA POBLACIóN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONóMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**28** (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria incompleta | | Técnico | | Ninguno | |
| Primaria completa | | Tecnológo | | No Registra | |
| Secundaria incompleta | | Universitario incompleta | | | |
| Secundaria completa | X | Universitario completa | | | |

**29** (15) ¿Es usted cabeza de familia? Si [ ] No [ ]

**30** (16) ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?

| | | | |
|---|---|---|---|
| Con nadie | | Con otros | X |
| Con el cónyugue | | 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):** 1

**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 | X | Manufactura | | Construccion | | ServicioDomestico | |
| Transporte | | Pesca | | Metalmecanica | | Artesania | |
| Vigilancia | | | | | | | |

**37** (28) Su oficio u ocupación lo realiza de manera:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ambulante | | Semiestacionaria | | Estacionaria | X | NoRegistra | |

**38** (29) El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Propia | | Familiar | |
| Arrendada | X | Usufructo u ocupación de hecho | |

**39** ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **39,1** (31) Energia | Si | X | No | | 39,4) Gas | Si | X | No |
| **39,2** (32) Acueducto | Si | X | No | | | | | |
| **39,3** (33) Alcantarillado | Si | X | No | | | | | |

**40** (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) Si [ ] No [X]

**41** (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 1 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 | | Nocturna | | Mixta | X | NoRegistra | |

**43** (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 1 0

**44** (40) ¿Cuántos días trabaja a la semana? **(Si es menor a 1 dia marque 0)**

| Dias | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

**49** (45) ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ASMET SALUD

**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 64

**53** (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 170

**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 [ ]

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## CONDICION DE SALUD

**66** (60) Diría usted que en general su salud es:

Excelente [ ] Muy buena [ ] Buena [X] 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 [ ][0]

**70** (65) ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?

Trabaj o [ ] 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 trabaj **(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 | [ ] |
| Oj os | [ ] | Miembros inferiores | [ ] |
| Torax | [ ] | Pies | [ ] |
| Abdomen | [ ] | Ubicaciones multiples | [ ] |
| Miembros superiores | [ ] | Lesiones generales u otras | [ ] |
| Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | [ ] | NoRegistra | [ ] |

| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD<br>PUEBLO RICO - RISARALDA |
|---|---|---|
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

**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 ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐ | Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐ | Agentes no clasificados ☐

Ambiente de trabaj o incluye superficies de transito y trabaj o, muebles ☐ | Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

**76,2** (74) Mecanismo (marcar una opcion)

Caidas de personas ☐ | Caidas de obj etos ☐ | 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 trabaj adores informales ☐ | Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabaj ador 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 ☒

**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 ☒

**86** (83) ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

| | | |
|---|---|---|
| | DEPARTAMENTO DE RISARALDA<br>Secretaría de Salud<br>GESTIÓN EN SALUD<br>SALUD PÚBLICA<br>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN<br>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA. | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL<br>COMPROMETIDOS CON SU SALUD |
| Versión: 01 | Vigencia: 07-2021 | |

## 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 [X] Iluminacion [X] Vibracion [ ] Temperaturas extremas [ ]
Radiaciones no ionizantes [ ] Presion atmosferica [ ] Radiaciones ionizantes [ ]
Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,2** (86)Psicosociales **(marcar una, la mas importante)**

Gestion organizacional [ ] Caracteristicas de la organizacion del trabaj o [ ] Caracteristicas del grupo social de trabaj o [ ]
Condiciones de la tarea [ ] Interfase persona - tarea [X] Jornada de trabaj [ ]
NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**88,3** (87)Biologicos **(marcar una, la mas importante)**

Virus [X] Bacterias [X] Hongos [ ] Ricketsias [ ]
Parásitos [X] Picaduras [ ] Mordeduras [ ]
Fluidos o excrementos [ ] Ninguno [ ] NoRegistra [ ]

**88,4** (88)Condiciones de seguridad **(marcar una, la mas importante)**

Mecanico [ ] Electrico [ ] Locativo [X] Tecnologico [ ]
Accidentes de transito [ ] Trabaj o en alturas [ ] Espacios confinados [ ] Publicos [ ]
Ninguno [ ]
NoRegistra [ ]

**88,5** (89)Biomecanico **(marcar una, la mas importante)**

Manipulacion manual de cargas [X] Movimiento repetitivo [X] Postura [X] Ninguno [ ]
Esfuerzo [ ] NoRegistra [ ]

**88,6** (90)Quimico **(marcar una, la mas importante)**

Polvos [X] Fibras [X] Liquidos [X] Humos [X]
Gases y vapores [ ] NoRegistra [ ] Ninguno [ ]

**86,7** (91) Fenomeno natural **(marcar una, la mas importante)**

Sismo [X] Terremoto [X] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] 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 [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 protección del cuero cabelludo [ ] NoRegistra [ ]

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.

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 07-2021

**90,2** (94) Proteccion ocular **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales | X | Gafas de montura integral | | Ninguno | |
| | | Pantalla facial | | NoRegistra | |
| Gafas de proteccion contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas,infrarroj os y visibles | | Pantalla de soldadura de mano | | | |
| | | Pantalla de soldadura de cabeza | | | |

**90,3** (95) Proteccion del oido **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Orej eras | | 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 | | Ninguno | X |
| Guantes de Neopreno | | Guantes de Malla | | NoRegistro | |

**90,6** (98) Proteccion extremidades inferiores **(marcar una, la mas importante)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Calzado de seguridad | | Calzado de trabaj ( | | Ninguno | X |
| 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 | X |
| Linea de vida | | Casco con barbuquej o | | 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 | X | NO | |
| **94** (104) Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **95** (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación | SI | X | NO | |
| **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 | SI | X | NO | |

letrina)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | | NO | X |

**Nombre del Encuestado:** Blanca Oriba Tapo.
**CC:** 1088280256
**Firma del Encuestador:** Isabel C. Jolero

**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

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

# ACTIVIDAD No. 04

## Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018.

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Médico(a) General + Auxiliar Enfermería} |
| CANTIDAD: | 300 Caracterizaciones en población mayor de 18 años Zona Urbana |
| DURACION | 30 minutos por persona evaluada |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>Formato Excel desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social<br>Registro fotográfico<br>RIPS con el CUPS I10409 |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

| **FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA**<br>Del 1 AL 25 de octubre 2022 | **No: 04-1** | **HORA INICIO:**<br>**7:00 AM** | **HORA FINALIZACI0ON:**<br>**05:00 PM** |
| **OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD** | | Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas | |
| **Tema:** Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018. | | **No Páginas: 3** | |
| Responsable: Médico (a) + Auxiliar Enfermería | | **Elaborado por:**<br>**Isabel Cristina Lucero** | |
| Lugar | | PUEBLO RICO | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD** | **1** | **Presentación** |
| | **2** | **Desarrollo del tema** |
| | **3** | **Conclusiones y Compromisos** |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

| DESARROLLO: | OBERVACIONES |
|---|---|
| Para el desarrollo de esta actividad primero se solicita el usuario y contraseña para asceder a las fichas de riesgo cardiovascular, metabolica después el medico socializa al auxiliar como desarrollar dicha actividade y se inicia con la capaptacion en diferentes lugares pertenecientes a Pueblo Rico como son personas de los barrios El Recreo, Manga del Mister, Fundadores, El Progreso, salida de Apia, al igual en las veredas de La Sonora, Cinto y Taiba. Durante el desarrollo de la actividad se presenta por parte de la población acogida por realizar el test, pero una vez que este es extenso nos refieren la falta de tiempo pues tiene ciertas oupaciones para destinar el tiempo en dicha caracterización.<br><br>Donde se realizaron a 16 personas la caracterización de riego o presencia de alteracion cardio – cerebro – vascular – metabolica.<br><br>La información que se socializo y se le dio a la comunidad es:<br><br>DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO Los factores de riesgo son condiciones individuales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular arterioesclerótica. Estos factores se pueden dividir en:<br><br>• FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES Son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida. | |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

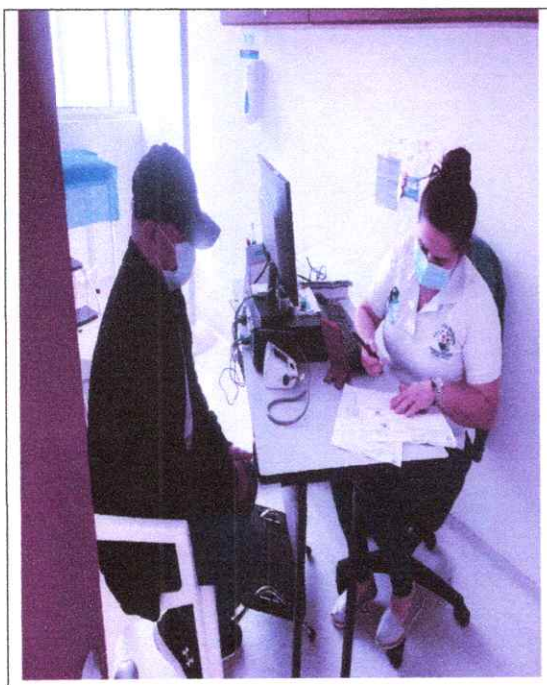
| | |
|---|---|
| PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA: El corazón impulsa la sangre a través de las arterias ejerciendo sobre ellas la presión necesaria para que circule. La presión arterial está determinada por la cantidad de sangre que bombea el corazón y la resistencia que ofrecen las arterias a este flujo. La presión sistólica es la presión máxima que se obtiene en cada contracción del corazón y la presión diastólica es la presión mínima durante la fase de relajación. Presiones arteriales mantenidas sobre 140/90 mm Hg, producen daño en las paredes internas de las arterias y esta lesión favorece la formación de placas de ateroma. Una persona es hipertensa cuando su presión arterial habitual es superior a 140/90 mm Hg. Las presiones arteriales sistólicas entre 130 y 140, y diastólicas entre 85 y 90 mm Hg se consideran normales altas y deben ser controladas periódicamente. NIVELES ELEVADOS DE COLESTEROL: El colesterol es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo y es fundamental para el normal funcionamiento del organismo. El colesterol es el compuesto que mayoritariamente se deposita en las arterias<br><br>LEWIS JHONATAN NATES<br>MEDICO<br><br>AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>ESTELA QUINTERO | |

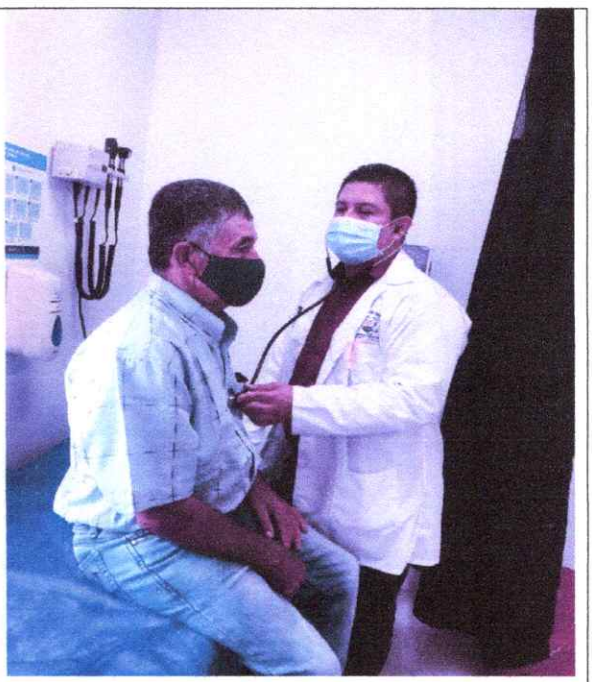
**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

**FORMATO FOTOGRAFIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** Del 01 al 25 de octubre 2022 | **ALCANCE:**<br>**MESTIZA** | **Hora de inicio:**<br>7:00 am | **Hora fin:**<br>5:00 pm |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Caracterizar 300 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, priorizando los pacientes inscritos en los programas de Diabetes e HTA de la ESE, siguiendo la ruta de atención según la resolución 3280 de 2018. | | | |
| **Responsable:** : Médico (a) + Auxiliar Enfermería | | | |
| **Lugar: PUEBLO RICO** | | | |





**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**



Mestizos - 01- Octubre - 2022

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CARACTERIZACION RIESGO CARDIOVASCULAR
FECHA: 01- OCTUBRE -2022
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO COD I 10409

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: ESTELA QUINTERO

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C.Y.D. | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PIPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 16203279 | Francisco Jabogy Rodriguez | 58 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Nueva Eps | El riesgo | 27/06/1964 3128256958 | | X | | | X |
| 2 | CC | 1093535609 | Velasquez Rincon Edwin | 32 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Nueva EPS | Mango del mister | 3/04/1991 3145451694 | X | | Liliana Sil | X | |
| 3 | CC | 24838502 | M. Guillermina Toro Lenzo | 74 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Nueva EPS | Cra 4 # 9-06 | 29/09/1949 3136284997 | X | | maria Guill | X | |
| 4 | CC | 1093535069 | O. Fernando Agudelo Osorio | 32 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | Nueva EPS | Barrio Fundadores | 14/06/1990 3118611677 | X | | Ogneyder | X | |
| 5 | CC | 25031146 | Claudia Patricia Hernandez Cor | 43 | | | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | S.O.S | Fundadores | 29/09/1979 5206324670 | X | | Claudia | X | |
| 6 | CC | 4527646 | Jose Jesus Gaviria Vi | 65 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | Nueva ES | Cra 5 # 5-45 | 24/08/1959 3103789645 | X | | Jose | X | |
| 7 | CC | 4527735 | Jorge Elver Velasquez Cor | 67 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Asmet | Barrio Progreso | 02/04/1956 3112920626 | X | | Jorge | X | |
| 8 | CC | 4586744 | Vargas Ortega Alfonso | 76 | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Nueva EPS | Vereda la Sonora | 18/11/1946 3158801676 | | X | Alfonso | X | |
| 9 | CC | 1061279 | Alba Inés Reyes Cogollo | 44 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Asmet | Salida Apia | 12/01/1979 3128055111 | X | | Alba | X | |
| 10 | CC | 18601953 | Jose Alfredo Castillo S. | 56 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Nueva E | Centro | 22/10/1966 3216463140 | | X | Jose Alfredo | X | |

| Nº | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | CC | 24411114 | Flavio Oliva Conde Vega | 69 | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | Amet | Pivijay 19/04/1955 | 3173696623 ~~3173696617~~ | X | | Oival | X | |
| 12 | CC | 31435922 | Oliva Gomez Ospino | 71 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Nueva EPS | Hatogrande mot. | 23/12/1951 3122855696 | X | | Oliva | X | |
| 13 | CC | 25001015 | Rafaelys Oseo Hoyos | 44 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Nueva EPS | Calle 7 #4-08 Hatoyo | 30/06/1970 3146952648 | X | | Yafaely | X | |
| 14 | CC | 4350206 | Jose William Pinzon | 75 | X | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | | | | | X | | | Amet | Tasco | 2/8/1947 3136656649 | | X | Jose | X | |
| 15 | CC | 25001550 | Lilian Acuña Hoyos | 44 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Amet | Cotiv | 2/8/1947 3206952095 | | X | Lilyana | X | |
| 16 | CC | 1093538524 | Cristian David Vargas | 20 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | Amet | Fundadores | 9/5/1994 3136267675 | X | | Cristian | X | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

# ACTIVIDAD No. 05

## Realizar una búsqueda activa comunitaria (BAC) en las enfermedades inmunoprevenibles según lineamientos o metodología dada por el MSPS, en el tercer trimestre del año (agosto-octubre) con análisis en el mes de noviembre e información a responsables del programa de vigilancia de salud de la ESE Hospital San Rafael para los ajustes correspondientes y envió como soporte a la secretaria de Salud.

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | enfermera + Auxiliar Enfermería |
| CANTIDAD: | 300 viviendas visitadas. |
| DURACION | Media hora por vivienda. |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>Soporte a la secretaria de Salud<br>RIPS con el CUPS I10307 |

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

## ACTIVIDAD No.06

**Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con la salud mental (prevención y mitigación del consumo de SPA, prevención del suicidio en adolescentes, stress por el confinamiento, depresión), prevención de consumo de tabaco, hábitos saludables, nutrición sana, actividad física, autoestima, resiliencia, asertividad, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, Promoción de la Sexualidad Sana, espacios libres de humo, Prevención de embarazos en adolescentes, entre otros, en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar, mediante la difusión de dos videos cortos (1 a 3 minutos cada uno) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales. Se entregará copia de los videos utilizados para realizar la actividad. Los derechos de autor de estos videos y de todos los documentos y videos producidos en el presente contrato serán propiedad de la Gobernación de Risaralda.**

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Enfermera, psicologa y comunicador social |
| CANTIDAD: | 200 PERSONAS |
| DURACION | |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>Copia de el video<br>RIPS con el CUPS I10104 |

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

# ACTIVIDAD No. 07

## Realizar actividades de información a 200 personas dirigida a cuidadores de niños y niñas en primera infancia, infancia y adolescencia, población menor de 18 años y gestantes, con el objetivo de promover las prácticas de cuidado en salud bucal, el acceso a las intervenciones y las intensificaciones de la aplicación de barniz de flúor; que integran la Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia

## "Soy Generación más Sonriente".

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Odontólogo y auxiliar de enfermería. |
| CANTIDAD: | 200 PERSONAS |
| DURACION | 30 minutos por persona |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>RIPS con el CUPS I10404 |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

# ACTIVIDAD No. 08

Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dengue, Malaria, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria, prevención y manejo de posibles criaderos de mosquitos, mantenimiento de tanques, manejo de inservibles, dirigido a población general, mediante la difusión de 1 videos cortos (1 a 5 minutos) por redes sociales y página web institucional, garantizando difusión masiva, se entregará como evidencia, los videos y evidencia de difusión en redes sociales.

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Médico, enfermero, ingeniero ambiental y comunicador social |
| CANTIDAD: | 200 PERSONAS |
| DURACION | |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>Copia de el video<br>RIPS con el CUPS I 10304 |

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

| **FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA**<br>Del 16 de septiembre al 22 de octubre 2022 | **No: 08-1** | **HORA INICIO:**<br>**7:00 AM** | **HORA FINALIZACI0ON: 05:00 PM** |
| **OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD** | | Prevención de enfermedades por vectores en la comunidad mestiza de Pueblo Rico Risaralda. | |
| **Tema:** Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dengue, Malaria, con énfasis en autocuidado y responsabilidad social comunitaria, prevención y manejo de posibles criaderos de mosquitos, mantenimiento de tanques, manejo de inservibles, dirigido a población general, mediante la difusión de 1 video corto | | **No Páginas: 7** | |
| Responsable: Médico, enfermero, ingeniero ambiental y comunicador social | | **Elaborado por:**<br>**Isabel Cristina Lucero** | |
| Lugar | | Zona urbana, Manga del mister, El progreso, Fundadores, Villa Daniela. | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD** | **1** | **Presentación** |
| | **2** | **Desarrollo del tema** |

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

| | 3 | Conclusiones y Compromisos | |
|---|---|---|---|
| **DESARROLLO**<br><br>• Esta actividad para su desarrollo se desplaza la patrulla PIC Departamental 2022 en la comunidad mestiza en la zona urbana en los barrios Manga del Mister, el Progreso, Fundadores, Villa Daniela, con el fin de desarrollar el programa de prevención de enfermedades por vectores en esta zona. Este se hace a través de un video el cual se le presenta a cada persona sobre prevención de enfermedades por vectores al igual que se hace la difusión a través de la página web y redes sociales de la Ese Hospital San Rafael.<br><br>Para el desarrollo del video se capacitan a los auxiliares por el médico, la enfermera y el ingeniero ambiental y una vez realizada la capacitación se procede a realizar el video bajo la supervisión del comunicador y una vez editado se empieza a divulgar en redes y por los auxiliares.<br><br>**ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES**<br><br>**Vectores**<br><br>Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir patógenos infecciosos entre personas, o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado (persona o animal) y posteriormente los transmiten a un nuevo portador, una vez replicado el patógeno. Con | | | **OBERVACIONES** |

| | |
|---|---|
| frecuencia, una vez el vector ya es infeccioso, puede transmitir el patógeno el resto de su vida en cada picadura o ingestión de sangre posterior.<br><br>**Enfermedades de transmisión vectorial**<br><br>Las enfermedades de transmisión vectorial son enfermedades humanas provocadas por bacterias, parásitos o virus que son transmitidos por vectores. Cada año se registran más de 700 000 muertes por enfermedades como el paludismo, el dengue, la esquistosomiasis, la tripanosomiasis africana humana, la leishmaniasis, la enfermedad de Chagas, la fiebre amarilla, la encefalitis japonesa y la oncocercosis.<br><br>La mayor carga de estas enfermedades, que afectan de forma desproporcionada a las poblaciones más pobres, corresponde a las zonas tropicales y subtropicales. Desde 2014, grandes brotes de dengue, paludismo, fiebre chikungunya, fiebre amarilla y enfermedad por el virus de Zika han azotado a diferentes poblaciones, cobrándose vidas y abrumando los sistemas de salud en muchos países. Otras enfermedades de este tipo, como la fiebre chikungunya, la leishmaniasis y la filariasis linfática, provocan sufrimientos crónicos, morbilidad para toda la vida, discapacidad y estigmatización ocasional.<br><br>La distribución de las enfermedades de transmisión vectorial está determinada por un conjunto complejo de factores demográficos, medioambientales sociales. | |

**Lista de enfermedades de transmisión vectorial, por vector**

En el cuadro que figura a continuación se presenta una lista no exhaustiva de enfermedades de transmisión vectorial, ordenadas por el vector que las transmite. En la lista se indica también el tipo de patógeno que causa la enfermedad entre los humanos.

| Vector | Enfermedad que causa | Tipo de patógeno |
|---|---|---|
| Mosquito *Aedes* | Fiebre chikungunya | Virus |
| | Dengue | Virus |
| | Filariasis linfática | Virus |
| | Fiebre del Valle del Rift | Parásito |
| | Fiebre amarilla | Virus |
| | Enfermedad por el virus de Zika | Virus |
| *Anopheles* | Filariasis linfática | Parásito |
| | Paludismo | Parásito |
| *Culex* | Encefalitis japonesa | Virus |
| | Filariasis linfática | Parásito |
| | Fiebre del Nilo Occidental | Virus |
| Moluscos acuáticos | Esquistosomiasis (bilharziasis) | Parásito |
| Simúlidos | Oncocercosis (ceguera de los ríos) | Parásito |
| Pulgas | Peste (transmitida de las ratas al ser humano) | Bacteria |
| | Tungiasis | Ectoparásito |

| | | |
|---|---|---|
| Piojos | Tifus | Bacteria |
| | Fiebre recurrente transmitida por piojos | Bacteria |
| Flebótomos | Leishmaniasis | |
| | Fiebre transmitida por flebótomos | Bacteria Virus |
| Garrapatas | Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo | Virus |
| | Enfermedad de Lyme | Bacteria |
| | Fiebre recurrente (borreliosis) | Bacteria |
| | Rickettsiosis (por ejemplo: fiebre maculosa y fiebre Q) | Bacteria Virus |
| | Encefalitis por garrapatas | Bacteria |
| | Tularemia | |
| Triatominos | Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) | Parásito |
| Mosca tsetsé | Enfermedad del sueño (tripanosomiasis africana) | Parásito |

**MALARIA**

• Es una enfermedad infecciosa parasitaria, que se caracteriza por ataques intermitentes de fiebre muy alta potencialmente mortal, que se transmite por la picadura del mosquito (zancudo) hembra infectados del género *Anopheles*.

• Si viaja a zonas con transmisión activa de malaria utilice ropa adecuada (camisas de manga larga y pantalones) para evitar las picaduras de los mosquitos.

| | |
|---|---|
| • Utilice repelentes, especialmente que contengan DEET (Dietil-toluamida).<br>• Evite dormir fuera de la vivienda.<br>• Duerma dentro del toldillo o mosquitero<br>• Evite automedicarse<br>• Si viajó en los últimos 15 días a zonas endémicas con transmisión activa de malaria y presenta fiebre, acuda al centro de salud más cercano para descartar la infección.<br>• Si vive en un área con transmisión activa de malaria, tenga en cuenta que es necesario proteger la vivienda instalando mallas en ventanas y puertas para evitar la entrada de los mosquitos.<br>• Si fue diagnosticado con malaria, cumpla con las indicaciones médicas y no suspenda tratamiento para evitar complicaciones y recaídas.<br>• Mantenga su vivienda limpia y drene los depósitos de agua estancados.<br><br>**DENGUE**<br><br>¿Qué es el dengue?<br><br>Los virus del dengue se transmiten a las personas por medio de la picadura de un mosquito infectado de la especie *Aedes* (*Ae. aegypti* o *Ae. albopictus*). Casi la mitad de la población mundial, alrededor de 4 billones de personas, vive en áreas con riesgo de dengue. El dengue es a menudo una causa principal de enfermedad en las áreas con riesgo.<br><br>Áreas con riesgo de dengue<br><br>Se están produciendo brotes de dengue en muchos países del mundo. Protéjase de las picaduras de mosquitos. | |

**AUTOCUIDADO**

i en la vivienda hay bebederos de animales, cambiar el agua diariamente. **Evitar** acampar en zonas endémicas de **enfermedades** transmitidas por **vectores**. Si lo hace, no exponerse a las horas de alta presencia de insectos y utilizar toldillos preferiblemente tratados con insecticidas al momento de dormir o descansar.

**MANTENIMIENTO DE TANQUES**

- Asegúrese de que todos los tanques, depósitos y recipientes de agua están cubiertos y sellados para mantener fuera a los mosquitos que pueden depositar sus huevos.
- Cambiar el agua y cepillar el interior de los lavabos y barriles de agua al menos una vez a la semana. Cambiar el agua de los floreros y tazones de las mascotas también semanalmente.
- Eliminar los envases no utilizados que pueden acumular agua y sirven como sitios de reproducción.
- Dar vuelta los recipientes que no se pueden tirar y protegerlos de la lluvia.
- Verter el agua de floreros y reemplazarla por arena húmeda.
- Mantener las piscinas tratadas de acuerdo a las recomendaciones oficiales.
- Limpiar todos los desagües y las alcantarillas.
- Mantener la hierba corta y libre de malezas y mantener los patios limpios.

**MANEJO DE INSERVIBLES**

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

-Descartar recipientes que acumulen agua como neumáticos, baldes, latas. Poner boca abajo los que no

puedan ser descartados. -Colocar mosquiteros en todas las ventanas y en la puerta de ingreso a la vivienda. -Mantener el pasto cortado y los fondos y patios limpios de cacharros que acumulen agua.

Y es así como se desarrolló esta actividad con 191 personas durante este periodo.

LEWIS JHONATAN NATES

MEDICO

Hilda Nora Cataño

HILDA NORA CATAÑO

ENFERMERA JEFE

DANIEL LOPEZ QUINTERO

COMUNIDADOR

DIANA ARIZA

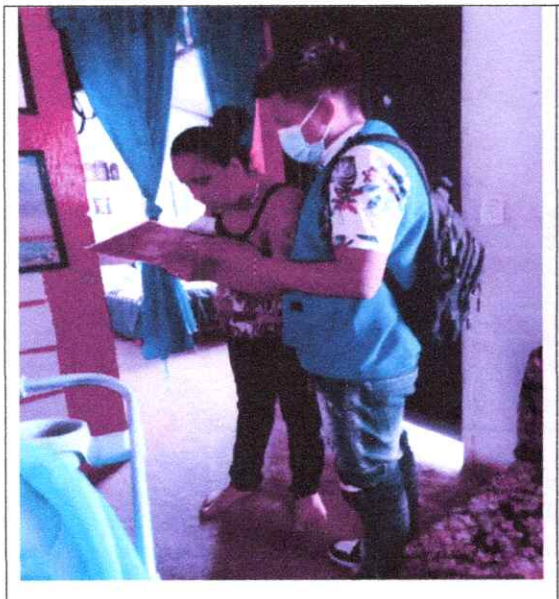
INGENIERA AMBIENTAL

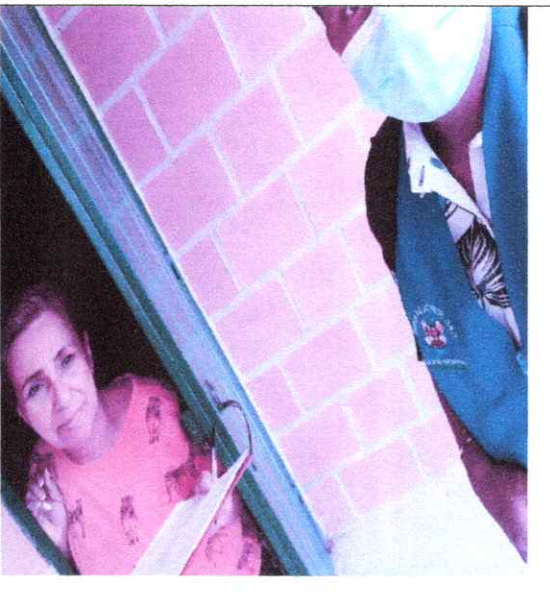
**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

## FORMATO FOTOGRAFIO

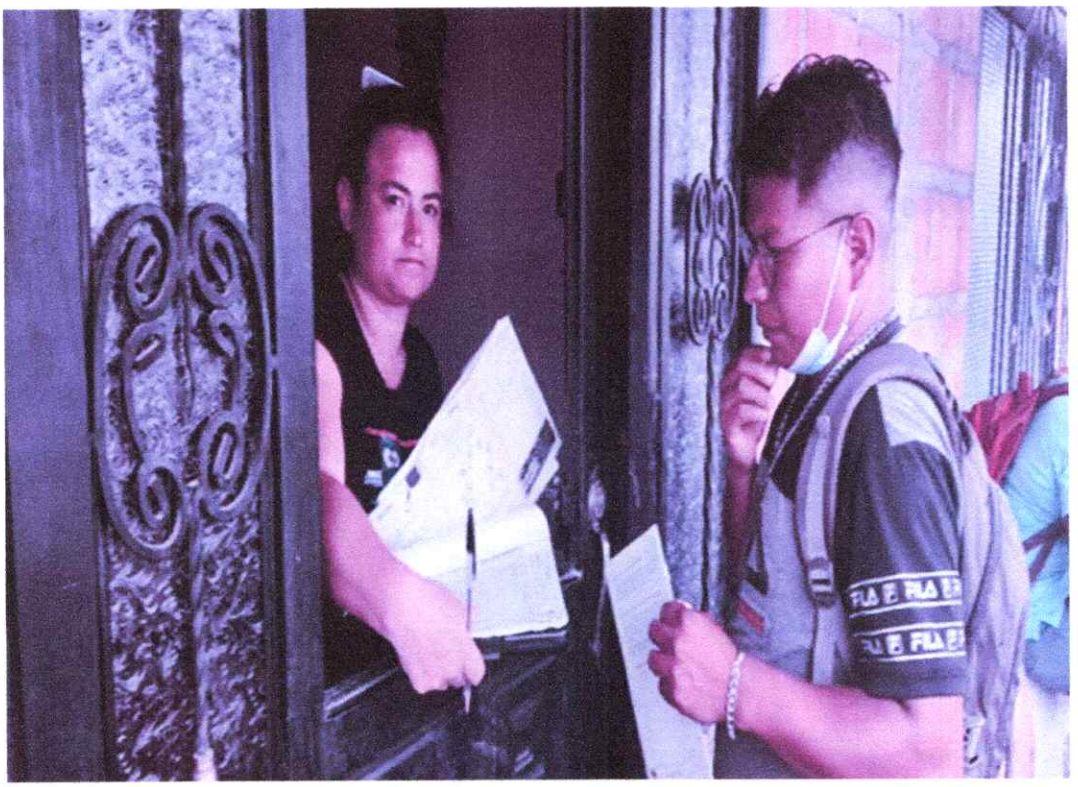
| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** Del 16 de septiembre al 22 de octubre 2022 | **ALCANCE:** Llegar a 123 personas con el fin de realizar prevención de enfermedades por vectores. | **Hora de inicio:** 7:00 am | **Hora fin:** 5:00 pm |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Prevención de enfermedades por vectores en la comunidad mestiza de Pueblo Rico Risaralda. | | | |
| **Responsable:** Medico, enfermero, ingeniero ambiental y comunicador social | | | |
| **Lugar:** Zona urbana, Manga del míster, El progreso, Fundadores, Villa Daniela | | | |

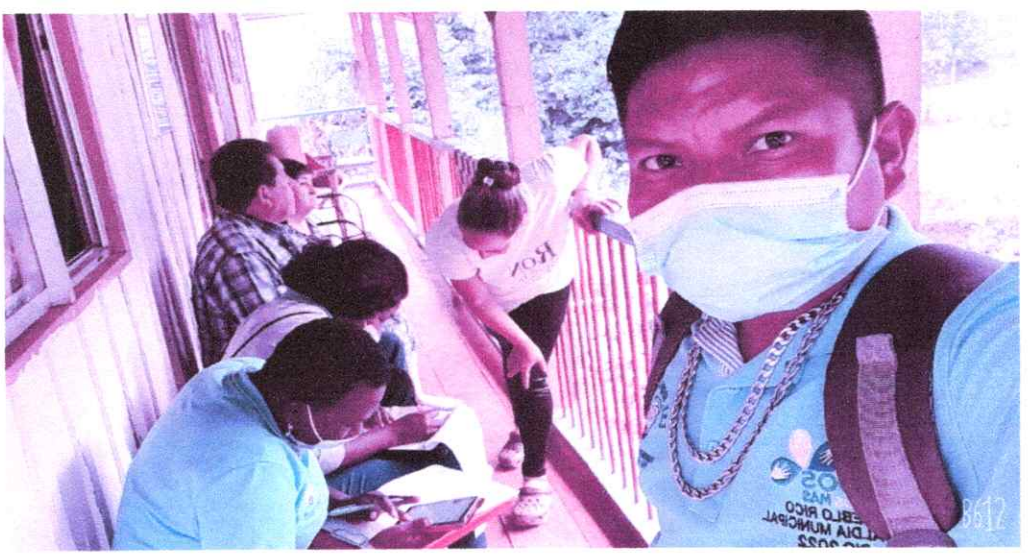




**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**





| | | |
|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL | **FORMATO PARA COMUNICACIONES INTERNAS** | Código: **F-GD-08**<br>Versión: **1**<br>Fecha: **01-07-2020**<br>Página 2 de 4 |

**RDO-0000-2020**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | 21/10/2022 | | |
| **PARA:** | Isabel Lucero | **DE:** | Daniel López Quintero |
| **CIUDAD:** | Pueblo Rico | | |
| **ASUNTO:** | Publicación de video sobre vectores | | |

Cordial saludo,

En la presente informo que el video sobre manejo de vectores con el PIC Departamental sobre enfermedades transmitidas por vectores, ha sido publicado en los canales oficiales de la ESE Hospital San Rafael, los cuales son la página web de la entidad, http://www.esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co en la sección de noticias. Además, en las redes sociales del Hospital en Facebook e Instagram.

A continuación, anexo los enlaces de publicación en las plataformas

http://www.esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co/tema/noticias

https://www.instagram.com/hospitalsanrafael_pueblorico/

https://www.facebook.com/hospital.sanrafael.14

También se ha utilizado los televisores ubicados en los pasillos de consulta externa para proyectar los videos.

**Daniel López Quintero**

**Comunicador**

**RDO-0000-2020**

Anexo pantallazos de publicaciones (página web y redes sociales)



Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

**NOMBRE DE LA ESE:** Hospital San Rafael
**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** ENFERMEDADES POR VECTORES
**FECHA:** 27- SEP - 22
**MUNICIPIO/LUGAR:** Pueblo rico I0304

**ENTORNO:** mestizo
**HORA DE INICIO:** 7:00 AM
**HORA FINALIZACIÓN:** 5:00 Pm
**FACILITADOR/CONFERENCISTA:** Andres antonio A.T

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | X | 1093 5320 14 | Brahuan Alexis Ramo | 18 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Asmet Salud | Pueblo rico | 3106039029 29/02/2004 | X | | | X | |
| 2 | X | 2500 1532 | Sandra Ramirez | 38 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Asmet Salud | Pueblo ri | 3[illegible]9091643 14/10/1983 | X | | Sanelva. | X | |
| 3 | X | 1093 534 874 | Juan Jose Granda S | 13 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Pisao salud | Pueblo rico | 18-09-2007 3122295699 | X | | Juan Jos. | X | |
| 4 | X | 24414 736 | maria Rubiela Gonzales | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Pisa salud | Pueblo rico | 26-04-7954 3122295899 | X | | mariarubiel | X | |
| 5 | X | 1093 33 347 | JEIDY Salazar | 36 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Pisao salud | Pueblo rico | 8-08-7996 3118789912 | X | | Geidy S. | X | |
| 6 | X | 1004 994 15 | laura Camila Fernandez M | 19 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Asmet salud | Pueblo rico | 7-09-2003 3215018439 | X | | CAMILA. | X | |
| 7 | X | 1093 318 66 37 | Valentina Giraldo L | 14 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Asmet salud | Pueblo rico | 15-05-2008 3128841064 | X | | Valentina | X | |
| 8 | X | 1093 0 344 | Daniel Henao | 23 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Salud total | Pueblo Rico | 28-03-1999 3137005756 | X | | Daniel H | X | |
| 9 | X | 0807 116 | Gloria amparo Henao | 48 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | Asmet salud | PUEBLO rico | 3-12-1974 3128841064 | X | | Gloria H | Y | |
| 10 | X | 0807 116 | marina NOGARIBigam | 53 | | Y | | X | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | | coosalud | Pueblo rico | 6-12-1967 3105939208 | X | | Marina | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | X | 1083 24 5 909 | martha olarpo NoGari | 31 | | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 07-12-1989 3216763828 | X | | Martha | X | |
| 12 | X | 1093 27 5 69 | Sebastian olarpo.N | 70 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | 1 | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 1407-2012 3216763828 | X | | sebastian | X | |
| 13 | X | 1093 23 5 27 | Erika Grajale | 78 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | Coosalud | Pueblo rico | 29-07-2009 3207446358 | X | | Erika Tan: | X | |
| 14 | X | 1093 20 5 062 | Andres Jiraldo | 32 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 20-05-1989 3123962945 | X | | Andres | X | |
| 15 | X | 1004 1709 08 | manuela Hernandez | 19 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | Capital salud | Pueblo rico | 31-03-2003 3217629344 | X | | Manuela. | X | |
| 16 | X | 1524 19 | Eliecer Jiraldo5 | 70 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 18-04-1951 3213594994 | X | | Eliecer | X | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

**NOMBRE DE LA ESE:** Hospital San Rafael
**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** ENFERMEDADES POR VECTORES
**FECHA:** 28 - SEP - 22
**MUNICIPIO/LUGAR:** Pueblo rico I-1304

**ENTORNO:** mestizo
**HORA DE INICIO:** 7:00 Am
**HORA FINALIZACIÓN:** 5:00 pm
**FACILITADOR/CONFERENCISTA:** Andrés Antonio Díaz

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | X | 1142 575 498 | Daniel Cano Daza | 75 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | Asmet salud | Pay Pueblo rico | 322822 9969 | 02-07-2008 | X | | Daniel C. | X | |
| 2 | X | 1500 1162 | mayerle Ocampo | 43 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | | 7-07-1979 | X | | mayerle | X | |
| 3 | X | 1004 187 600 | maria jose Vetancurt | 19 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | Asmé salud | pueblo rico | 3105496803 | 22-05-2003 | X | | Maria J Betancurt | X | |
| 4 | X | 1351 171 | nicolas montoño | 60 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | | Caser | Pueblo rico | 3217173578 | 27-10-1961 | X | | | X | |
| 5 | X | 1300 625 | Rubiela Caño | 62 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 3154724734 | 2-10-1960 | X | | Rubiela Cano | X | |
| 6 | X | 1001 644 | Rodrigo Valencia | 58 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 322 354 5468 | 28-11-1983 | X | | | X | |
| 7 | X | 1527 39 | ancizar valencia R | 65 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 3162421860 | 16-12-1956 | X | | Ancizar | X | |
| 8 | X | 1093 554 512 | Erika valencia Caño | 28 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 3154124734 | 19-05-1994 | X | | Erika Cano | X | |
| 9 | X | 1063 367 | wilmar valencia Cano | 39 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 3154124734 | -07-1983 | X | | wilmar | X | |
| 10 | X | 24 029 061 | martha ro londoño | 57 | | X | | X | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | | | Asmet salud | pueblo rico | 3135568678 | 14-05-1965 | X | | martha londoño | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | X | 6[illegible] 539 342 | alsa vanesa londoño | 24 | | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | Asmet salud | pueblo rico | 3174604114 | X | | Vanesa Londoño | X | |
| 12 | X | 1088 1623 19 | claudia yatte londoño | 16 | | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | Asmet salud | Pueblo rico | 28-09-2006 3114604114 | X | | claudia Londoño | X | |
| 13 | X | 1103 542 887 | Dilan rios londoño | 7 mes | X | | | | X | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | Asmes salud | Pueblo rico | 4-03-2022 3114604114 | X | | Dylan Rios L. | X | |
| 14 | X | 1088 19 m | claudia milena Granada | 42 | | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | Asmet salud | Pueblo rico | 3-06-1980 3146074970 | X | | claudia m g | X | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:
LLAMADA TELEFÓNICA: ( )
AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )
DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )
SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( )

FORMATO:
ASISTENCIA: ( )
REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )
CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )
OTRO: ( )

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ENFERMEDADES POR VECTORES
FECHA: 29- SEP. 22
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo rico I0304

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7.00.Am
HORA FINALIZACIÓN: 5.00.pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Andrés.antonio.

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C.T.D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | X | | | 55 | | X | | | X | | | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | Nueva EPS | Pueblo rico | | | X | Patricia Calera | X | |
| 2 | X | 24.999.756 | marina osorio. Ramirez | 59 | | X | | | | | | | X | | | | X | | | | | | | | | | | X | Comfamiliar | Pueblo rico | 2410817963<br>314.824.7952 | X | | Marina O.R. | X | |
| 3 | X | 4859.780 | Carlos emilio Giraldo | 77 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | X | | Ames Salud | Pueblo rico | 22/04/1945<br>3162866540 | X | | Carlos | X | |
| 4 | X | 4.527.646 | Jose de Jesus Gutierrez | 64 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | X | | | | | | X | | Cafe Salud | Pueblo rico | 25/08/1958<br>310.378.9145 | X | | Jose G | X | |
| 5 | X | 42.774.894 | Hacenes roz otalvaro | 48 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | X | | | | | | X | | 0.S.O | Pueblo rico | 29/04/1975<br>3213805175 | X | | | X | |
| 6 | X | 31.330.782 | Ivvi Sanche Bedoya | 46 | | X | | | X | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | Coosalud | Pueblo rico | 5/04/1980<br>3177440295 | X | | | X | |
| 7 | X | 1093 538704 | Dayana Garcia Garcia.m | 76 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | Nueva EPS | Pueblo rico | 2/09/1996<br>313.809.9077 | X | | Dayana GM | X | |
| 8 | X | 1093 188110 | Luciana Galiano Garcia | 7 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | Nueva EPS | Pueblo rico | 22/03/2015<br>315.809.90.77 | X | | Lucia | X | |
| 9 | X | 1093 653138 | Luis enrique Galiano.N | 34 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | Nueva EPS | Pueblo rico | 20/11/1987<br>323.513.6092 | X | | Luis Enrique | X | |
| 10 | X | 45.000 986 | Minna rocido Gavila M | 58 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | X | | | Nueva EPS | Pueblo rico | 29/11/1963<br>314.7732746 | X | | Maria Davila | | |

| Nº | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACION PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | X | 45277980 | manuel antonio Corrales | 60 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | nueva eps | Pueblo rico | 3127029649 | X | | Manuel corrales | X | |
| 12 | X | 1096039272 | Lilived vedoya. Ramirez | 76 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | X | | nueva eps | Pueblo rico | 7/12/1995<br>3155682345 | X | | Lilibed Bedoya | X | |
| 13 | X | 1096033059 | Lisandro martines. | 33 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | nueva eps | Pueblo rico | 7/12/1988<br>3173341073 | X | | Lisandro Martinez | X | |
| 14 | X | 1093533216 | Tatiana andrea giraldo | 27 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | pijao salud | Pueblo rico | 7/6/1995<br>3225556096 | X | | Tatiana G | X | |
| 15 | X | 98763606333 | Jorge andres giraldo | 35 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | pijao salud | Pueblo rico | 8/05/1995<br>3127359257 | X | | Andres G | X | |
| 16 | X | 4349057 | liver restrepo abuelo | 74 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | X | comfenalco | Pueblo rico | 29/02/1948<br>3128586662 | X | | | X | |
| 17 | X | 1093214239 | Daniel López Quintero | 32 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | X | | | | | X | Nueva EPS | Pueblo Rico | 25/09/1990<br>3193516208 | X | | Daniel | X | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA; ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Dia de las Veclonas
FECHA: 30- SEP-22 I10304
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 8800 am
HORA FINALIZACIÓN: 7800 PM
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Paulas

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO: M | F | LGTBI | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PROGRAMA: PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | ASEGURAMIENTO: PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA: U | R | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | 1052335415 | Maria eugenia flores | 52 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | X | | | | | cosalud | Manga demister | 06/05/1969 3135221921 | X | | Maria Eugenia F | | |
| 2 | | 1088300668 | Santiago Vesaria | 12 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | X | | | | | cosalud | manga demister | 22/05/2010 | X | | Santiago B. | | |
| 3 | | 1093534146374 | Paula Rios flores | 33 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | X | | nueva eps | manga demister | 21/06/1989 3132451503 | X | | Paula R. | | |
| 4 | | 1093533997 | Juan dejando Rios | 16 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | X | | | | | asmet salud | manga demister | 05/05/2006 3205717057 | X | | Juan Alejandro | | |
| 5 | | 25.000056 | Maria Rubiola Abila M. | 55 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | | cosalud | Manga demister | 25/07/1967 3135646723 | X | | Rubiela Dávila | | |
| 6 | | 1004693899 | Daniela abila medina | 19 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | | cosalud | manga demister | 28/05/2003 3205689698 | X | | Daniela Dávila | | |
| 7 | | 1093533734 | Maria Alexandra Lopez Tor | 35 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | | nueva eps | Manga demister | 6/06/1987 3135323290 | X | | | | |
| 8 | | 1092910657 | Fabio nelson Jimenez M | 36 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | | coomeva | manga demister | 11/07/1986 3226207117 | X | | Fabio Nelson J.M | | |
| 9 | | 1093533736 | Erika fernanda Aguirre | 17 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | | asmet salud | manga demister | 15/02/2005 3146475290 | X | | Erika Fernanda M.C | | |
| 10 | | 1250013771 | Liliana Ruiz velasquez | 40 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | | asmet salud | manga demister | 17/11/1981 3123179222 | X | | Mg. Liliana Ruiz | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | 1093186242 | Estiven Dimoses Ruiz | 17 | + | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | asmet salud | manga del mister | 18/01/2005 3123679222 | + | | Mª Liliana Ruiz | | |
| 12 | | 1004994068 | melvian franco cossio | 31 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | | + | | | noeva eps | manga del mister | 11/10/1990 3023298678 | + | | Miriam Franco | | |
| 13 | | 1093533559 | sandra viviana rodrigues | 35 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | asmet salud | manga del mister | 31/07/1987 3136370128 | + | | Sandra R. | X | |
| 14 | | 1093186889 | Alisson Gabriela R | 12 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | asmet salud | manga del mister | 09/06/2010 | 1 | | Alisson C. | X | |
| 15 | | 1092187898 | CHRISTOPHER Gabriela | 8 | + | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | asmet salud | manga del mister | 06/05/2014 | 1 | | Christopher C. | X | |
| 16 | | 25001015 | Yorlady osorio marin | | | + | | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | + | | nueva EPS | manga del mister | 30/06/1978 | + | | Yorlady | X | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: charla de los vectores
FECHA: 3- OCTUBRE - 22 I10304
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 8:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 2:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Rubian

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | TI | 1093536605 | Karol Yiseth Vargas | 11 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | cosalud | mango del mister | 15/03/2011 | X | | Yarlad | X | |
| 2 | TI | 1093523961 | Jose andres mosquera | 34 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | nueva eps | mango del mister | 26/04/1988 3115595351 | X | | | | X |
| 3 | CC | 25000 0841 | Blanca nubia Herrera | 55 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | asmet salud | manga del mister | 22/11/1975 3146447644 | X | | Nubia | | X |
| 4 | TI | 25000 0822 | Lucelida Herrera molina | 41 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | cosalud | manga del mister | 25/05/1951 | X | | Lucelida | X | |
| 5 | TI | 1093173 13930 | Daisy Johana sorio | 28 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | asmet salud | manga del mister | 17/03/1994 | X | | Daysi | | X |
| 6 | TI | 1093536 713 | Kevin david quintero | 11 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | asmet salud | manga del mister | 15/06/2011 | X | | Kevin | | X |
| 7 | TI | 1385162 | Jeorgelcal moraes | 55 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | pond | manga del mister | 11/02/1967 3137322602 | X | | | | X |
| 8 | TI | 1094990 30 | Maceli isasa Guisao | 30 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | nueva eps | manga del mister | 06/07/1982 3145353136 | X | | Maceli Isasa | | X |
| 9 | CC | 24998 8412 | Marialilia isaza | 84 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | nueva eps | manga del mister | 31/12/1938 | X | | María Lilia | | X |
| 10 | CC | 25001 731 | Blanca Rubiela mos. | 71 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | nueva eps | manga del mister | 21/06/1951 | X | | Blanca | | X |

| Nº | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | CC | 1095[illegible]89 | Carolina Tejillo | 36 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS Sub | Manga Mister | 01-09/1986 3127276998 | X | | Carla | | X |
| 12 | TI | 1003187x20 | Mariana Taborda | 10 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS Subs | Manga Mister | 07-03/2012 — | X | | Mariana | | X |
| 13 | | 6/12/111 | Arnobio Orosco | 68 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | asmet salud | manga del mister | 09/04/1954 3195917 62 | | | Arnobio Orosco | | |
| 14 | | 6/1999 67 | Roselbita Fuenco | 71 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nueva EPS | manga del mister | 171 031951 | | | Rosa Elvira | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ENFERMEDADES POR VECTORES
FECHA: 4- OCTUBRE.- 22 IJ0304
MUNICIPIO/LUGAR: POBLO RICO

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 3:00 pm
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Andres Antamo

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | | 1140287981 | Miguel angel R. P. | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pasoo salud | Progreso | 1/10/2004 3148625897 | | | Miguel Angel | | |
| 2 | | 42136771 | Monicka Bolaño | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | medimas | Progreso | 24/09/1973 3227413093 | | | Elena valencia | | |
| 3 | | 24410963 | Alicia arena Posada | 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | asmet salud | Progreso | 24/12/1963 3217610292 | | | Alicia Andres | | |
| 4 | | 1005020401 | German andres Posada | 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | asmet salud | Progreso | 04/12/1996 3138591436 | | | ANDRES | | |
| 5 | | 41688404 | angela Patricia vivas | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nueva eps | Progreso | 12/12/1983 3139858070 | | | [illegible] | | |
| 6 | | 25000292 | Dora isabel velez | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | asmet salud | Progreso | 06/07/1962 3126591981 | | | Dora Elisa Vélez | | |
| 7 | | 13362774 | luis gerardo betancur | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | coosalud | Progreso | 01/05/1962 3212125777 | | | Gerardo | | |
| 8 | | 1093533721 | Dhojan stiven ve. | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | coosalud | Progreso | 11/07/2005 | | | Dhojan Velez | | |
| 9 | | 1088256941 | Juan sebastian b. v. | 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | asmet salud | Progreso | 19/09/1999 | | | sebastian V. | | |
| 10 | | 1093538853 | Paola Garsia giraldo | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | nueva eps | Progreso | 21/06/1986 3217229818 | | | Paola Garcia | | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | TI | 1007213871 | Cristian Toro quintero | 29 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 28112/2000<br>1118612530 | X | | Cristian Toro Q. | X | |
| 12 | TI | 1115271458 | Maria gladis quintero | 56 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 30/10/1965<br>3128596522 | X | | Maria G Q. | X | |
| 13 | TI | 1093535001 | Maribel toro quintero | 32 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | progreso | 15/05/1990<br>32260463 | X | | Maribel Toro Q | X | |
| 14 | TI | 1093535319 | emanuel valencia Toro | 14 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 14/11/2008 | | X | Emanuel V.T | X | |
| 15 | TI | 1088299783 | sandra muñoz bolaños | 30 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 12/04/1992<br>3225608925 | X | | Sandra M. | X | |
| 16 | TI | 1087555409 | nicol daiana bolaños | 12 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 23/10/2010 | | X | nicole D. | X | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ENFERMEDADES POR VECTORES
FECHA: 5- OCTUBRE-22 T10304
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 3:00 Pm
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Andres Antamc

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP OOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCIÓN | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C.Y.D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | T | 1093536266 | Heidy Castrillon alvarez | 30 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | nuevo eps | Progreso | 04/08/1992 3137858397 | X | | Heidy Castrillon | X | |
| 2 | T | 1093536664 | Juan Pelipa alvarez C. | 11 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 14/03/2011 | X | | Juan felipe A | X | |
| 3 | T | 1607595 3 | andres Pelipe alvarez fa. | 39 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 08/05/1983 | X | | Andres felipe Alvarez florez | X | |
| 4 | T | 25043386 | Tereza ocando Pineda | 73 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 04/06/1949 | X | | Erlisa | X | |
| 5 | T | 1093539584 | lina marcela sanchez G | 39 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | nueva eps | Progreso | 03/05/1998 | X | | Lina | X | |
| 6 | T | 1093186300 | EDwes esteban vas V. | 17 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | nueva eps | Progreso | 24/04/2005 14/06/2012 | X | | Edwss | X | |
| 7 | T | 1093187284 | Fredy saeidey Vb. Velez | 10 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | nueva eps | Progreso | | X | | Fredy | X | |
| 8 | X | 25001706 | Silvia maría velez R. | 39 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | nueva eps | Progreso | 22/07/1983 3206786513 | | X | Silvia velez | X | |
| 9 | T | 1004685963 | Mayerli Jimena S. | 19 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | nueva eps | Progreso | 07/09/2003 3136212317 | X | | Mayerlp | X | |
| 10 | T | 1093532125 | Nancy mosquera V. | 35 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | nueva eps | Progreso | 21/04/1986 3136212317 | X | | nancy | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SO | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | T | 25000 1101 | Fanny Souza | 57 | | T | | T | | | | | | | | | T | | | | | | | | | T | | | esmet salud | Progreso | 20106 12965 3135982740 | T | | -Fanny Souza | T | |
| 12 | T | 1007373 778 | Juan esteban Pineda V. | 19 | T | | | T | | | | | | | | | T | | | | | | | | | T | | | asmet salud | Progreso | 21/01/2002 | T | | Juan pineda | T | |
| 13 | T | 1001S736 | Juana Pineda Souza | 21 | | T | | T | | | | | | | | | T | | | | | | | | | T | | | asmet salud | Progreso | 28/08/2001 3234555336 | T | | JULIANA PINEDA. | T | |
| 14 | T | 25K1821 | Marleny Restrepo N. | 70 | | T | | T | | | | | | | | | T | | | | | | | | | T | | | asmet salud. | Progreso | 09/03/1952 | T | | Marleny Restrepo | T | |
| 15 | T | 1095607 | Carlos alberto naranjo | 50 | T | | | T | | | | | | | | | T | | | | | | | | | T | | | asmet salud | Progreso | 20/07/1972 | | | Carlos Alberto N. | T | |
| 16 | T | 25K1HGL2 | Marleny Naranjo R | 52 | | T | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | T | | | nueva EPS | Progreso | 08/12/1970 | T | | Marleny Naranjo R. | T | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ENFERMEDADES POR VECTORES
FECHA: 6-OCTUBRE-22 IJ0304
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo Rico

ENTORNO: mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 pm
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Andres Antome

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO: M | SEXO: F | SEXO: LGTBI | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION): CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PROGRAMA: PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | ASEGURAMIENTO: PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA: U | ZONA: R | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS: SI | AUTORIZO EL USO DE DATOS: NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | T | 1093536909 | Jorgeluis alcantara M | 29 | + | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | nueva eps | Progreso | 3148787585 | + | | Jorge Luis Alcantara | + | |
| 2 | T | 1093533593 | Daniela Rivera Carbo | 17 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | medimas | Progreso | 30/05/2005 3104760072 | + | | . Daniela R. | + | |
| 3 | T | R20616 AS | campo moreno moreno | 60 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | pijao salud | Progreso | 01/08/1989 3129990198 | + | | Lupita Moreno | + | |
| 4 | T | 24995 47 | flota alba tarbarba | 61 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | nueva eps | Progreso | 19/12/1960 | + | | Florabba ta. | + | |
| 5 | T | 186029 58 | luis emilio valez mo. | AH | + | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | | | + | | nueva eps | Progreso | 18/07/1978 3128185161 | + | | luis e velez | + | |
| 6 | T | 25000 634 | nancy Patricia C. | 49 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | asmet salud | Progreso | 21/11/1972 3223374726 | + | | Nancy Gallego | + | |
| 7 | T | 1005020 491 | estefania mezu Gomez | 20 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | asmet salud | Progreso | 03/03/2002 3234659668 | + | | Estefania | + | |
| 8 | T | 1093510 458 | Yonier Gonzales osorio | 22 | + | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | | | + | | asmet salud | Progreso | 13/10/1999 3222204316 | + | | Jhonier Gonzalez | + | |
| 9 | T | 25000831 | luz maria barsia La | 60 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | nueva eps | Progreso | 19/09/1962 | + | | Luz Maria | + | |
| 10 | T | 1093535903 | Hilda badanoy G. | 31 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | | nueva eps | Progreso | 21/02/1991 3044886192 | + | | Hilda | + | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | RENTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | T | 1088292257 | Juan david quintero b | 13 | T | | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | | | | T | nueva eps | progreso | 07/08/12009 | T | | Juan David | T | |
| 12 | T | 1093533744 | Yeimy carmona b. | 35 | | T | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | | | | T | nueva EPS | Progreso | 06/10/1984<br>3219053944 | T | | Yeimy Carmona | T | |
| 13 | T | 71264400 | Jorge león vargas | 45 | T | | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | | | | T | nueva EPS | Progreso | 11/05/1977<br>3233332956 | T | | Jorge Vargas | T | |
| 14 | T | 1093533198 | Juan angel vargas | 11 | T | | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | | | | T | nueva EPS | Progreso | 19/03/2011 | T | | Juan angel V | T | |
| 15 | T | 1075165 | Patricia culpa b. | 23 | | T | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | | | | | asmet salud | Progreso | 27/07/12999 | T | | Patricia culpa | T | |
| 16 | T | 1114309863 | Maria fernanda Pazos | 16 | | T | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | | | | T | asmet salud | Progreso | 01/06/2006<br>3184147842 | T | | Maria Fernanda | T | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ENFERMEDADES POR VECTORES
FECHA: 7-OCT-22 IV0304
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO

ENTORNO: Mestizo
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Andres Antonio

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICA FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO M | SEXO F | SEXO LGTBI | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PROGRAMA PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | ASEGURAMIENTO PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA U | ZONA R | *FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS SI | AUTORIZO EL USO DE DATOS NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | T | 1004156283 | sandra Patricia quimbaya | 23 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | nueva eps | Progreso | 11/07/1999 3222770653 | X | | Sandra Yesenia | X | |
| 2 | T | 1092939434 | ximena uribe londoño | 28 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | nueva eps | Progreso | 01/04/1994 3205720916 | X | | | X | |
| 3 | T | 1152848 56 | gildardo uribe castaño | 60 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | sura | Progreso | 03/03/1962 3128249239 | X | | Gildardo Uribe | X | |
| 4 | T | 30291431 | leonelia valencia | 59 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | asmet salud | Progreso | 13/04/1963 3117068631 | X | | Leonelia | X | |
| 5 | T | 1092353578 | leidy tatiana castillo | 31 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | pijao salud | Progreso | 17/09/1991 | X | | Leidy Castillo | X | |
| 6 | T | 1092913617 | maria de landia cañas | 29 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | asmet salud | Progreso | 04/03/1993 3226931955 | X | | Alejandra | X | |
| 7 | T | 1093539046 | jhon anderson betancur | 7 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | asmet salud | Progreso | 12/04/2015 | X | | Jhon | X | |
| 8 | T | 1000140203 | deidi yanet zuleta si | 38 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | nueva eps | Progreso | 22/08/1982 3113648624 | X | | Jeydy | | |
| 9 | T | 24499826 | mariela giraldo ruse | 80 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | nueva eps | Progreso | 05/05/1942 | X | | mariela | | |
| 10 | T | 1093634325 | carlos alberto pineda | 40 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | nueva eps | Progreso | 09/06/1982 3114442001 | X | | Carlos alberto | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | 4 | 25007 1230 | Melva Rosa Valencia G | 71 | | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | nueva EPS | Progreso | 03/12/1951 | 1 | | Melva Rosa | 1 | |
| 12 | 1 | 186096 20 | Mauricio Rendon sotelo | 42 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | nueva EPS | Progreso | 29/12/1979 3117107117 | 1 | | Mauricio Rendon | 1 | |
| 13 | 1 | 25145632 | olga liliana moreno b | 45 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | cosalud | Progreso | 09/11/1976 3148771184 | 1 | | Liliana Moreno | 1 | |
| 14 | 1 | 1093558 056 | Richar esteban Rendon | 18 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | cosalud | Progreso | 06/03/2001 | 1 | | Richard Rendon | 1 | |
| 15 | 1 | 1093558 913 | santiago Rendon m. | 41 | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | cosalud | Progreso | 17/08/2009 | 1 | | Santiago R | 1 | |
| 16 | 1 | 25145013 | maria aseneth m u | 51 | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | salud total | Progreso | 07 10 1971 3116719 | 1 | | Maria A. M. B. | 1 | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaria de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: vectores Prevención
FECHA: 10-09-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo rico

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7000: pm
HORA FINALIZACIÓN: 509 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Andres

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | ✓ |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 1987[illegible]70 | Dorlenes Ramos | 59 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 29-12-1963 | + | | | + | |
| 2 | CC | 1093539241 | Alba Rios | 24 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | nueva EPS | fundadores | 05-01-1998 3226248180 | + | | | + | |
| 3 | CC | 1190885[illegible] | Gilma Rosa Rios | 48 | | + | | | X | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 28-01-[illegible] | + | | Gilma Rios | | |
| 4 | CC | 1215114 33 | Marthalibia Giraldo | 59 | | + | | | + | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 02-02-1963 | + | | Marthalibia | | |
| 5 | CC | 1093537 864 | Lovedina mayores | 27 | | + | | | + | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | Medimas | fundadores | 26-05-1995 3114902854 | + | | Lubardina | X | |
| 6 | CC | 1249993 03 | Amparo Giraldo lopes | 68 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | nueva EPS | fundadores | 28-09-[illegible] | + | | Amparo G. | X | |
| 7 | CC | 1061733996 | Viviana Patiño betancur | 23 | | + | | | + | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | Pijao salud | fundadores | 27-06-1999 3134270670 | + | | [illegible] | X | |
| 8 | CC | 1059001281 | Rosabelia Gomez R. | 53 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 27-09-1968 | + | | Rosabelia | X | |
| 9 | CC | 1094776556 | Santiago Arola Gomez | 21 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 09-10-2001 | X | | Santiago | X | |
| 10 | CC | 1093537524 | Erika Katalina Arola Gomez | 28 | | + | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 01-12-[illegible] | + | | Erika | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | CE | 1060151H | luis rubelio Avila P | 59 | + | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | + | | | nueva eps | fundadores | 21-08-1963 | + | | luis Rubelio | + | |
| 12 | TI | 1093188286 | salome correa avila | 7 | | + | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 6-09 2005 | + | | salome. | + | |
| 13 | CE | 1143853785 | Esteban meneses | 29 | + | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 23-10-1993 | + | | Esteban | + | |
| 14 | TI | 1093538916 | Geidy esteban m.b. | 7 | + | | | | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | + | | | asmet salud | fundadores | 28-01-2005 | + | | Geidy | + | |
| 15 | CC | 25000506 | Rubiela Palacios Gomez | 52 | | + | | + | | | | | | | | | + | | | | | | | | | | + | | | nueva eps | bella Daniela | 26-09-1970 | X | | Rubiela Palacios | X | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital san Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Vectores Prevención
FECHA: 11-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo rico

ENTORNO: Pueblo rico
HORA DE INICIO: 7.00: Am
HORA FINALIZACIÓN: 5.00: pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Andrés ambers A.

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 1152 201 | antonio velez. | 73 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | -10-9951 3207860577 | X | | Antonio | X | |
| 2 | CC | 33 462 459 | Maria uvon Arvelode | 66 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | nueva E.P.S | Pueblo rico | 28-11-1956 3183416100 | X | | Albeny H. | X | |
| 3 | CC | 1060 505 | Luz andrea lores M | 39 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 11-12-1982 310-633 7191 | X | | | X | |
| 4 | CC | 1004 494 3920 | Anyily Andrea P.A. | 19 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | nueva EPS. | Pueblo rico | 20-06-2003 3217617131 | X | | Anyily P. | X | |
| 5 | CC | 11 695 075 | javier de jesus Acevedo | 74 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 18-09-1948 3178320324 | X | | JA | ✓ | |
| 6 | CC | 25 001 076 | Gloria Patricia A. H | 46 | | X | | X | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 30-03-1976 3178320324 | X | | Gloria patricia. A | X | |
| 7 | TI | 1. 003 186 467 | Angela Pineda Acevedo | 13 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 20-09-2009 3178320324 | X | | Anyela P. | ✓ | |
| 8 | CC | 15 488 254 | Ricardo de jesus P. H | 46 | X | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | nueva EPS | Pueblo rico | 21-12-1975 3178320324 | X | | Ricardo P. | X | |
| 9 | TI | 10 35147 153 | Carmen Lucia C.L. | 16 | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | COMFA SUCRE | Pueblo rico | 3105434719 | X | | Lucia Cuota | X | |
| 10 | CC | 1189 940 782 | Paula Andrea J | 28 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | X | | | ASMET SALUD | Pueblo rico | 3-11-1994 3166008217 | X | | | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | ALTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | TI | 24299 717 | Judith. Clavijo Ospina | 73 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | Comitec | Pueblo Rico | 3177863598 12-03-1949 | X | | Judith Clavijo C. | X | |
| 12 | RC | 16705522 | Manuel Antonio Silva Quintero | 63 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | Cosmitec | Pueblo Rico. | 3152835303 20-11-1959 | X | | Manuel Silva Q. | X | |
| 13 | RC | 42104516 | Gloria Cecilia Henao.S | 54 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | cafe salud | Pueblo rico | 23-11-1968 3184443192 | X | | Gloria Henao | X | |
| 14 | TI | 1093 10 05 | Sebastian muñoz Henao | 11 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | cafe salud | Pueblo rico | 20-10-2011 3184443192 | X | | Sebasti | X | |
| 15 | TI | 1093 50 06 M | Jhon Brady muñoz | 23 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | cafe salud | Pueblo rico | 8-08-1999 3144707497 | X | | | X | |
| 16 | CC | 42 0 45 | Luz D.l.a Henao R | 47 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | X | | | | | | X | | Cosas | Pueblo rico | 02/11/74. 31162816 65 | X | | Luz D.l.a Henao R | | |
| 17 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Vectores Planadas
FECHA: 12-OCT-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo rico

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 AM
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 PM
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Rubian Guerrero

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICÓ FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| Nº | TIP OOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | C.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 1 | Senaida Gusman | 41 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | Emer salud | Pueblo rico | 6-03-1981 317 733 9063 | X | | Senaida G | X | |
| 2 | CC | 2 | Liliana sorio R | 63 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | Asmet salud | Pueblo rico | 4-10-1959 | X | | Liliana | X | |
| 3 | RC | 1093 5390 420 | Yeimy Yurany Agola | 26 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | Asmet salud | Pueblo rico | 11-02-1996 | X | | Yeimy | X | |
| 4 | RC | 10 033 181 | German. E. Sema | 42 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | SOS | Pueblo rico | 24-11 1980 | X | | German | X | |
| 5 | CC | 25 190 866 | Dioselina zuleta | 79 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | X | | | Asmet salud | Pueblo rico | 16-01-1943 | X | | Dioselina | X | |
| 6 | RC | 24 298 868 | Birgelina vargas | 82 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | X | | | Nueva EPS | Pueblo rico | 19-10-1940 | X | | Liliana | X | |
| 7 | CC | 25 000 228 | Eluina arango | 54 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | Nueva EPS | Pueblo rico | 27-11-1964 | X | | Eluina | X | |
| 8 | RC | 18 604 657 | ROberto flores | 57 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | Nueva EPS | Pueblo rico | 20-03-1963 | X | | Roberto | X | |
| 9 | CC | 4474 074 | Alberto Arias Arias | 79 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | X | | Sura | Pueblo rico | 20-03-1963 9-02 1943 | X | | Alberto | X | |
| 10 | CC | 765 506 | Hector aranzaso | 84 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | X | | | Nueva EPS | Pueblo rico | (27-03-) 20-03-1938 | X | | Hector | X | |

| Nº | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: Hospital San Rafael
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Vectores Pregunta
FECHA: 13-oct-2022
MUNICIPIO/LUGAR: Pueblo rico
ENTORNO: MESTICO
HORA DE INICIO: 7:00 Am
HORA FINALIZACIÓN: 500 Pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA: Andres

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | NR. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 21998 379 | Maribeyes Gomes R. | 87 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | osmet salud | billa Daniela | 26-08-1935 | | X | Maribeyes Gomes R | X | |
| 2 | CC | 25169608 | Maria noemi Vargas | 66 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | nueva EPS | billa Daniela | 02-09-1956 | | X | M. Noemi Vargas | | |
| 3 | CC | 1088533 SHO | Veronica Roman Graja | 35 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | X | nueva EPS | billa Daniela | 15-05 1987 | | X | Veronica R. | X | |
| 4 | CC | 1088534 6H6 | Donovan alkin Gaston | 30 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | X | nueva EPS | billa Daniela | 01-09-1992 | | X | Donovan Holguin | X | |
| 5 | TI | 1115451216 | Brayan julian asc R. | 16 | X | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | X | nueva EPS | billa Daniela | 28-09-2006 | X | | Brayan Julian A | X | |
| 6 | CC | 42082962 | luzia arias Rivera | 54 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | nueva EPS | billa Daniela | 10-12-1965 | X | | Alba Arey Arias | X | |
| 7 | CC | 10134731 | Carlos arturo avistia | 55 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | X | nueva EPS | billa Daniela | 25-08 1963 | X | | Carlos Arturo Avistia | X | |
| 8 | CC | 3889170 | Maria eduvid franco G. | 77 | | X | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | | Melinca | billa Daniela | 25 oct 1945 | X | | Maria Eduvid | X | |
| 9 | CC | 25000007 | luz Dary Velez opina | 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | asmet salud | billa Daniela | 03-03 1967 | X | | luz Dary Velazo | X | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURA MIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

## ACTIVIDAD No. 09

**Realizar ochenta (80) intervenciones educativas sobre cuidados y manejo inicial de Infecciones Respiratorias Agudas -IRA- en Casa y signos de alarma para consultar, en temas relacionados con la salud (prevención de infecciones respiratorias, higiene respiratoria, corporal, prevención COVID 19) en el marco de la estrategia Escuelas saludables, dirigida a población de riesgo (EPOC, menores de 5 años) de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, de acuerdo a los mensajes clave definidos y disponibles por el ministerio de salud y canalización hacia los servicios de salud promoción y prevención. Se entregará como evidencia el registro de asistencia, registro de necesidades, demanda inducida a las diferentes rutas. Producto personas con intervención educativa. Cantidad 80. Actividad realizada por profesional de. Se generarán 80 RIPS bajo el CUPS**

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería |
| CANTIDAD: | ochenta (80) intervenciones |
| DURACION | 30 minutos |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>RIPS con el CUPS I10301. |

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

## ACTIVIDAD No. 10

**Realizar actividades de información a 200 personas sobre temas relacionados con prevención del trabajo infantil (2) y prevención de lesiones por quemaduras por pólvora (2) en el marco de la estrategia Zonas de Orientación Escolar mediante actividades masivas de información. Cantidad, beneficiarios 200 personas mínimos. Actividad realizada por enfermero y Auxiliar de enfermería. Se generarán 200 RIPS con el CUPS I 10102. Se entregará el listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado. Cada actividad 30 minutos.**

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Psicologo(a) + Auxiliar Enfermería |
| CANTIDAD: | 200 personas |
| DURACION | |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>Registro Fotografico<br>RIPS con el CUPS I 11412 |

536

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

# ACTIVIDAD No. 11

## Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas, en violencia familiar, con énfasis en las líneas de ayuda, rutas de activación de notificación y formas de denunciar ante un caso de violencia, dirigidos a población general de los barrios caracterizados y priorizados por el Departamento. Producto: ficha técnica de la actividad, registro fotográfico cuando aplique, el registro de asistencia, Actividad realizada por: Psicólogo y auxiliar de enfermería. 30 minutos por actividad

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Psicologo(a) + Auxiliar Enfermería |
| CANTIDAD: | 30 personas |
| DURACION | |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>Registro Fotografico<br>RIPS con el CUPS I 10103 |

53X

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

## ACTIVIDAD No. 12

**Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos dirigido a población de riesgo de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento, dichas intervenciones deben desarrollarse vía telefónica y/o encuentros presenciales con grupos de 2 a 3 personas, Producto: 30 fichas técnicas de la actividad, registro fotográfico cuando aplique, el registro de asistencia, Actividad realizada por: {Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería + Coordinador}. Cantidad 30 personas sensibilizadas.**

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Enfermera(a) + Auxiliar Enfermería + Coordinador |
| CANTIDAD: | 30 personas |
| DURACION | |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>Registro Fotografico<br>RIPS con el CUPS I 11403 |

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

| FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA**<br>20 de octubre 2022 | **No: 12-1** | **HORA INICIO:**<br>**7:00 AM** | **HORA FINALIZACI0ON:**<br>**05:00 PM** |
| **OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD** | | " Sensibilización a personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos | |
| **Tema:** Realizar jornadas de sensibilización a 30 personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos dirigido a población de riesgo de los barrios caracterizados y priorizados por el departamento | | **No Páginas: 4** | |
| Responsable: Enfermera, auxiliar de enfermería y Coordinadora | | **Elaborado por:**<br>**Isabel Cristina Lucero** | |
| Lugar | | PUEBLO RICO | |

| | | |
|---|---|---|
| **DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD** | **1** | **Presentación** |
| | **2** | **Desarrollo del tema** |
| | **3** | **Conclusiones y Compromisos** |

| | |
|---|---|
| **DESARROLLO**<br>Para el desarrollo de esta actividad primero se realiza una socializacon de la enfermera a la auxiliar sobre los temas a desarrollar con la comunidad mestiza con el fin de hacer una explicación acertiva sobre la higiene, preparación y conservación de los alimentos, se realiza un desplazamiento a la población urbana de Pueblo Rico y se les realiza sensibilización a 16 personas.<br>Para el desarrollo de esta actividad se tiene encuenta el | **OBERVACIONES** |

temas a desarrollar con la comunidad mestiza con el fin de hacer una explicación acertiva sobre la higiene, preparación y conservación de los alimentos, se realiza un desplazamiento a la población urbana de Pueblo Rico y se les realiza sensibilización a 16 personas.

Para el desarrollo de esta actividad se tiene encuenta el siguiente contenido:

## TALLER MANIPULACION DE ALIMENTOS

La mayoría de las intoxicaciones alimentarias provienen de la ausencia de normas de higiene en los lugares donde se preparan los alimentos, así como también del inadecuado aseo de las personas que manipulan los alimentos. Por eso, preservar el cuidado de estos, es una responsabilidad detodas las personas que en algún momento llegan a manipularlos.
Estas son algunas recomendaciones que deben tenerse en cuenta, al manipular y preparar alimentos en nuestros hogares:

**Higiene personal:**

1. Lavar correctamente las manos hasta la parte del antebrazo y codos. Debe hacerse antes y después de manipular alimentos, y luego de realizar acciones como haber hecho uso del sanitario, rascarse, tocar mascotas, coger objetos, etc. Se debe utilizar jabón líquido y toallas de papel para el secado de las manos.
2. Llevar las uñas cortas y sin esmalte.
3. No portar accesorios como anillos, pulseras, relojes, etc. Ya que estos pueden portar suciedad.
4. Utilizar el cabello recogido, además de ropa limpia y adecuada para ingresar a la cocina como delantales.
5. Si hay heridas en las manos, es conveniente sanarlas y cubrirlas bien, con vendajes impermeables.

| | |
|---|---|
| 6. No probar la comida con los dedos, no fumar, ni comer mientras se preparan los alimentos. No estornudar sobre los alimentos.<br>7. Si se está enfermo, es mejor no cocinar para otros.<br><br>**Higiene en la cocina:**<br><br>8. Mantener en constante limpieza el lugar donde se preparan los alimentos como superficies de mármol, mesas, etc.<br>9. Limpiar utensilios de cocina como tablas de cortar, cuchillos, cucharas, etc., luego de cada uso.<br>10. Lavar con frecuencia los paños para la cocina y cambiarlos constantemente, cuando sea necesario.<br>11. Limpiar la cocina diariamente, y evitar que las mascotas entren en ella.<br>12. Programar una adecuada fumigación contra plagas.<br>13. Los tarros para las basuras deben estar lejos de las áreas donde se manipulan los alimentos, además deben lavarse con frecuencia.<br><br>**Lavado y cuidado de los alimentos:**<br><br>14. Lavar frutas y verduras antes de ser consumidas o de ser cocinadas, con abundante agua y frotarlas con un cepillo para limpiar su piel. Secarlas con toallas de papel Cortar las carnes en tablas diferentes donde se cortan frutas y verduras.<br>15. No dejar la carne cruda al ambiente por mucho tiempo, ya que atrae animales como moscas, insectos, etc., produciendo contaminación. | |

16. No descongelar los alimentos al medio ambiente, puesto que esto permite el desarrollo de bacterias. Deben descongelarse en la nevera, en el refrigerador.
17. Evitar la contaminación cruzada.
18. Después de haber manipulado alimentos crudos, es necesario lavar utensilios y manos, para evitar la contaminación.

Las conclusiones en estas comunidades fue la acogida y el tiempo que las comunidad mestiza nos permitieron realizar las actividades, fue muy amplio y compromisos con la comunidad donde se desarrolla los talleres fue seguir promocionando las buenas prácticas en cuanto a manipulación de alimentos.

Hilda Nora Cataño

HILDA NORA CATAÑO

ENFERMERA

Natally Gonzalez

NATALLY GONZALEZ

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Isabel Cristina Lucero

ISABELCRISTINA LUCERO

COORDINADORA PIC DPTAL 2022

542

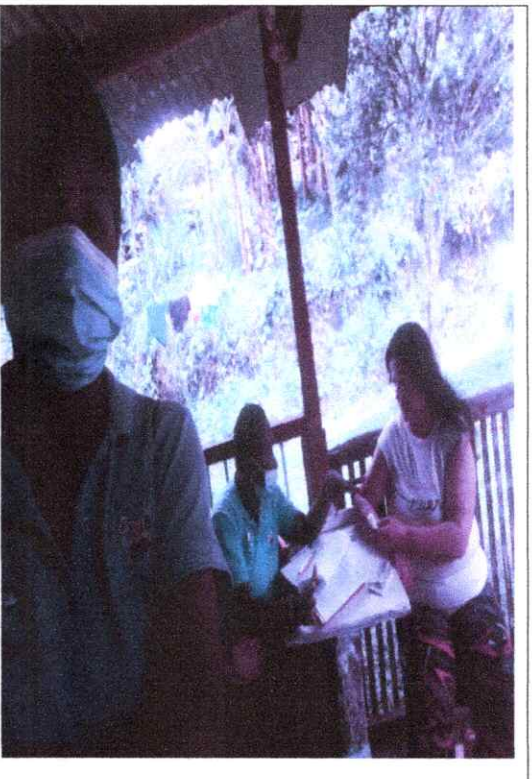
**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

## FORMATO FOTOGRAFIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** Del 01 al 25 de octubre 2022 | **ALCANCE: MESTIZO** | **Hora de inicio:** 7:00 am | **Hora fin:** 5:00 pm |
| **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Sensibilización a personas sobre higiene, preparación y conservación de alimentos | | | |
| **Responsable:** : Enfermera, auxiliar de enfermería y Coordinadora | | | |
| **Lugar: PUEBLO RICO** | | | |





**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**



Gobernación de RISARALDA
Sentimiento de Todos

DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01 | Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: HIGIENE PREPARACION Y CONSERVACION DE ALIM
FECHA: 20 - OCT - 22 COD + 111403
MUNICIPIO/LUGAR: PUEBLO RICO

ENTORNO: MESTIZO
HORA DE INICIO: 7:00 am
HORA FINALIZACIÓN: 5:00 pm
FACILITADOR/CONFERENCISTA:

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO | | X |
| APLICO FORMATO DE CAPACITACIONES | | X |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VICTIMA | INDIGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | CYD | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 1 | CC | 24998803 | De Yanitza Valencia | 82 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | Asmtt. salud | Pueblo Rico. | 3704800988<br>37-12-1939 | X | | Degraciadeleon | X | |
| 2 | cc. | 24998866 | María Gracia Rios | 79 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | Cassalud. | Pueblo Rico. | 3127658750<br>07-05-1943 | X | | Gracia Rios | | |
| 3 | CC | 1093534447 | Jeidy Marcela P. F. | 33 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | NV-EPS | Pueblo Rico | 3206787814<br>15-12-1988 | X | | Jeidy M P F | X | |
| 4 | CC | 4512387 | Fernando Gallardez | 46 | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | Asmt salud | Suaza | 3705538683<br>4-03-1982 | | X | Fernando Gallardez | | X |
| 5 | CC | 5977950 | Maria del carmen cadenas | 21 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | Asmt. salud | Pueblo Rico. | 3206460143<br>18-07-2001 | X | | Maria Cadenas | X | |
| 6 | CC | 24999104 | Clementina Ramirez | 74 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | N.E.P.S. | Pueblo Rico. | 3117225837<br>4-09-1948. | X | | NO Firma. | X | |
| 7 | CC | 25.709.017 | Alba Nirca Gonzalez | 53 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | M.E.P.S. | Pueblo Rico. | 3135214403<br>22-07-1969 | X | | Alba Nivia | X | |
| 8 | cc | 25000706 | Flor Alba Valencia | 56 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | N.E.P.S. | Pueblo Rico. | 3232682887<br>30-07-1972 | + | | Flor Alba Valencia. | | |
| 9 | cc. | 70055687 | Gerardo Alzate. | 60 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | N.E.P.S | Pueblo Rico. | 28-09-1953<br>3105933808 | X | | MERCEDES | X | |
| 10 | CC. | 1093539692 | Mercedes camacho | 57 | | X | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | N.E.P.S. | Pueblo Rico. | 3172648902.<br>27-09-1965 | X | | Mercedes C. | X | |

| No | TIP DOC. | Nº. DOCUMENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | | | POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICION) | | | | | | | | | | | | PROGRAMA | | | | | | | | | ASEGURAMIENTO | | | | EAPB | DIRECCION | TELEFONO | ZONA | | FIRMA | AUTORIZO EL USO DE DATOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | M | F | LGTBI | CON DISCAPACIDAD | VÍCTIMA | INDÍGENA | AFROCOLOMBIANO | RAIZALES | ROM | MUJER CABEZA DE H. | REINTEGRADOS | MIGRANTES | MESTIZO | OTRO | PAI | C Y D | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | E.C.N.T. | ETV | ZOONOSIS | SR-SD | SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA | PPNA | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTROS | | | | U | R | | SI | NO |
| 11 | CC | 5977950 | Maria Cardenas | 27 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Asmet Salud | Pueblo Rico. | 3206960143<br>15-07-2007 | X | | Maria Cardenas | X | |
| 12 | CC | 27415546 | Francy Valencia | 57 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Asmet Salud | Pueblo Rico. | 3147112670<br>06-08-1965 | X | | Milly Valencia | X | |
| 13 | CC | 1089353216 | Monica Florez | 34 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | N.E.P.S | Pueblo Rico. | 3116198754<br>05-05-1985 | X | | MONICA F | X | |
| 14 | CC | 35007724 | Estela Bergara | 46 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | N.E.P.S. | Pueblo Rico. | 3122874465<br>05-08-1973 | X | | | X | |
| 15 | CC | 24999267 | Magnolia idarraga | 65 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Asmet Salud | Pueblo Rico. | 3148456002<br>22-10-1957 | X | | Magnolia | X | |
| 16 | CC | 1089337511 | Yuliana Quiceno Garcia | 27 | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | Nueva EPS | Pueblo Rico. | 29-10-1994<br>3136720237 | X | | | X | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

| FECHA: | SUPERVISOR: | ACTIVIDAD: | CARGO: | FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR: | | | MECANISMO:<br>LLAMADA TELEFÓNICA: ( )<br>AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ( ) | FORMATO:<br>ASISTENCIA: ( )<br>REGISTRO FOTOGRÁFICO: ( )<br>CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: ( )<br>OTRO: ( ) |

545

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

**PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022**

# ACTIVIDAD No. 13

Realizar 70 actividades educativas sobre lactancia materna, con énfasis en las Ventajas, de la lactancia materna y mitos entre otros, dirigida a madres gestantes y puérperas, (varias sesiones por persona para mejorar adherencia), por medio de actividades individuales.

| | |
|---|---|
| RECURSO HUMANO | Enfermero(a) + Auxiliar Enfermería |
| CANTIDAD: | 70 actividades |
| DURACION | 30 minutos |
| ENTREGA: | Ficha técnica de la actividad<br>Listado de cumplimento de actividades diligenciado y firmado<br>RIPS con el CUPS I 10605 |