

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 Quién 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 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:			✓
	4.2 Con respecto al sistema de vida familiar en cuanto a honorarios, normas, reglas, etc., las decisiones son tomadas principalmente por;			✓
	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:		✓	
	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:			✓
	5.3 Quién reconoce estar satisfecho en cuanto a la expresión de sus necesidades personales y cultivar sus propios intereses:			X
	5.4 Quién 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.			✓
1.	Machista			
2.	Matrifocal			
3.	Democratizante	X		

COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

FRECUENTAS	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:					X
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

MARY LUCY RUIZ MACHADO
CC 1007214372

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

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
	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
II El Dinero	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
	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
III El Sexo	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 Quién 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 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 Quién 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 evaluación de la funcionalidad de 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 respuestas 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

WZ ADRIANA Bonilla R
C.C. 25001291

APGAR FAMILIAR (DR. GABRIEL SMILKSTEIN)

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

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 Quién 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 sus niveles de satisfacción			

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 Quién 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 evaluación de la funcionalidad de 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					
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				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 respuestas 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

Leidy Liliana P.C
C.C. 1010095228

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

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
	3.1 El tamaño de la familia y la decisión de anticoncepción en la pareja ha sido responsabilidad de:			X
III El Sexo	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 Quién 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 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 Quién 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 evaluación de la funcionalidad de 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

Moises Ramirez M.
C.C. 18071962.

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

Maria Paula Herrera Bonero
C.C. 1004628179
Firma: Ma Paula Herrera

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

Alejandra Mosquera Mosquera 1.088.243.601 Alejandra

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

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 Quién 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 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 Quién 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 evaluación de la funcionalidad de 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

Orfina y Mosquera machado.
C.C. 42164042.

Firma: Orfina y Mosquera

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

Elmer Antonio Matorana
C.C. 18603136

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

Angie borchona

1006193826.

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

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
				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 Quién 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 Quién 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 evaluación de la funcionalidad de 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

Gerardo Antonio Maturana.
C.C. 1366050.

Firma:



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

Ector Fabio Mosquera Matunana.

C.C. 9861888

Firma: *HECTOR FABIO MOSQUERA M.*

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

Maria Cecilia Renteria Mena

C.C. 41948409.

Firma: Maria Cecilia Renteria 14

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 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



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No 29

Desarrollar una estrategia de Información Educación y comunicación (marcha con participación de 100 personas) en temas relacionados con prevención del trabajo infantil y una de prevención de lesiones por quemaduras por pólvora (esta última 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).

RECURSO HUMANO	Psicólogo(a) + Enfermero(a) + Auxiliar de enfermería
CANTIDAD:	100 Personas
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimiento de actividades diligenciado y firmado Copia del material producido Registro del contacto en cada institución Educativa Registro fotográfico Evidencia y/o certificados de la difusión en los medios de comunicación utilizados RIPS con el CUPS I 11412



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 16 de noviembre de 2022	No: 29.02	HORA INICIO: 7:00 am	HORA FINALIZACION: 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Educar, informar y concientizar a los niños niñas y adolescentes de la comunidad afrocolombiano del corregimiento de Santa Cecilia sobre el trabajo infantil y las lesiones que puede ocasionar las quemaduras de pólvora.	
Tema: Prevención del trabajo infantil y prevención de lesiones por quemaduras de pólvora.		No páginas: 4	
Responsable: Psicóloga		Elaborado por: Hasbleidy Mena Perea	
Lugar: Corregimiento de Santa Cecilia		Zona: Rural	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	1	Presentación	OBSERVACIONES
	2	Desarrollo de actividad	
	3	Análisis de actividad	
<p>Para dar cumplimiento al objetivo planteado, se planificó una marcha. Para la cual se solicitó un permiso la Rector de la Institución educativa Agroambiental Pio XII, con el fin de contar con los alumnos, el cual fue aceptado.</p> <p>Se hizo uso de los siguientes materiales de apoyo: Carteleros, Marcadores, plegables.</p> <p>Dicha actividad se realizó en el corregimiento de Santa Cecilia municipio de Pueblo Rico donde se citaron a los estudiantes y entidades en la entrada de la Institución Educativa Agroambiental Pio XII. Desde ese punto se dio inicio a la marcha de prevención, contando siempre</p>			<p>Se logró el objetivo de la actividad y se contó con la participación de muchas personas.</p>



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

con la colaboración de los docentes los cuales dieron una calurosa bienvenida al equipo en la institución y a las entidades que acompañaron el evento.

La actividad da inicio con la presentación del equipo del PIC Departamental, dándose a conocer y explicar el recorrido de la actividad; posteriormente la Psicóloga educa y concientiza a los estudiantes frente al tema de trabajo infantil y las lesiones por quemaduras de pólvora. Se explica:

Trabajo infantil: es toda actividad normal o peligrosa, remunerada o no que realizan en la cual se lleve a cabo la utilización de niños, niñas y adolescentes, lo cual conlleva a la violación de sus derechos, y perjudica su desarrollo físico y psicológico. También se debe tener en cuenta que dicha problemática se lleva a cabo por diversos factores bien sean, sociopolíticos, económicos, psicológicos, educativos entre otros, que pueden afectar los lazos afectivos en las familias y conllevar a realizar dicha práctica. No se debe confundir los trabajos o labores domésticas tales como: barres, trapear, lavar ropa etc., ya que estos se realizan con el fin de brindar apoyo a los padres y familiares.

Dicha explicación termina con un mensaje motivacional:

“que lo único que se TRABAJE sea la IMAGINACIÓN de cada niño, niña y adolescente.”

Lesiones por quemaduras de pólvora: a lo largo del tiempo se ha venido incrementando el uso de fuegos artificiales en las celebraciones de fiestas bien sean decembrinas, patronales, cumpleaños, entre otras. sin embargo, éste o cualquier otro producto fabricado a base de pólvora puede provocar accidentes y



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

quemaduras. Las quemaduras se producen por el efecto del calor, la electricidad, frío, sol, productos químicos o radioactividad. Entre más elevada sea la temperatura y el tiempo de contacto, más profunda es la quemadura y aumenta el riesgo de complicaciones. La manera más efectiva de evitar una quemadura por fuegos artificiales es la prevención, por eso se recomienda evitar el contacto con objetos que contengan pólvora, ya sean cohetes, fuegos artificiales, luces de bengala, entre otros. Si se va a hacer uso de esta se debe hacer bajo la supervisión de un adulto responsable y en espacios libres, con el fin de no poner en riesgo la vida de terceras personas.

“evitemos quemaduras por el uso inadecuado de la POLVORA, por una vida tranquila y segura”

Para esto se realizó un recorrido por las calles del corregimiento, el cual da inicio a las 8:30 am en el puente del barrio piedras con todos los estudiantes de la institución Educativa Agroambiental pio XII, pasando por los barrios calle principal, parque de Santa Cecilia y cinto, tanto por la calle de abajo como por la de arriba. Luego de hacer el recorrido de finaliza la marcha en la Escuela San Pedro Claver. En dicha sede se brindó un jugo a los estudiantes para su hidratación, se le socializaron temas de interés por parte del coordinador de la institución y se agradeció a los estudiantes y a las diferentes entidades por su entrega y colaboración.

Mas que a los alumnos se logró alzar la voz y dar a conocer a toda la comunidad la importancia de no encender pólvoras, especialmente en navidad y de no apagar los sueños de los niños niñas y adolescentes



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

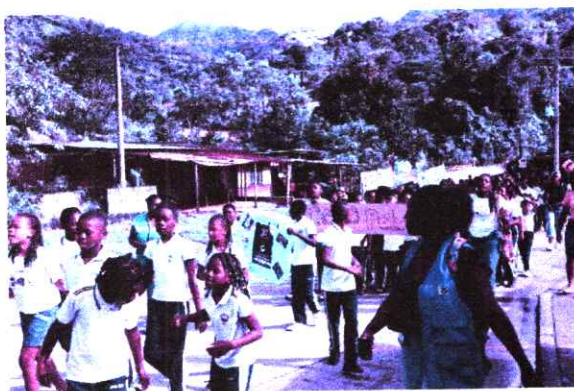
<p>sometiéndolos al trabajo. En la jornada se sensibilizó a toda la comunidad y se generaron muchos aprendizajes.</p> <p>Al final se diligencia el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.</p>	
COMPROMISOS:	
<p><i>Hasbleidy Mena</i> Hasbleidy Mena Perea Psicóloga</p> <p><i>Hilda Nora Cataño</i> HILDA NORA CATAÑO ENFERMERA</p> <p><i>Rubian Queragama</i> RUBIAN QUERAGAMA AUXILIAR DE ENFERMERIA</p>	



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

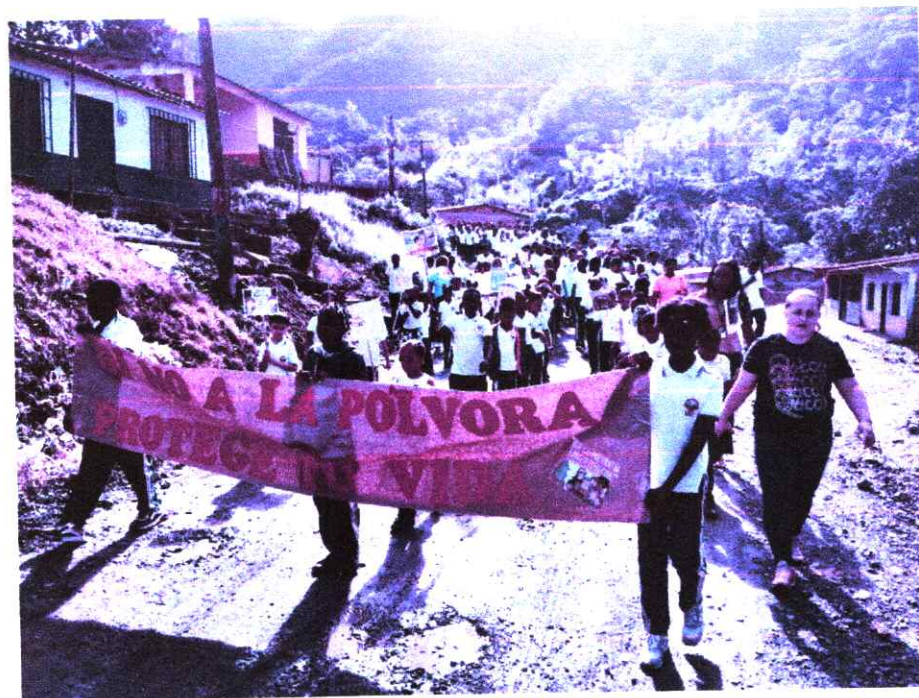
REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 16/11/2022	ALCANCE: Afrocolombiano	Hora de inicio: 7:00 am	Hora fin: 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención del trabajo infantil y prevención de lesiones por quemaduras de pólvora.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento de Santa Cecilia			





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022



Dile NO al trabajo INFANTIL

Este impide que niños, niñas y adolescentes gocen plenamente de sus derechos y oportunidades de desarrollo



Los menores que se ven obligados a trabajar es debido a diversas causas tales como:

- situaciones de pobreza,
- falta de acceso a la educación, niños desprotegidos o por tráfico de niños

QUE LO UNICO QUE SE TRABAJE SEA LA IMAGINACIÓN

En cada niño, niña y adolescente





Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 16 de noviembre de 2022	No: 29.02	HORA INICIO: 7:00 am	HORA FINALIZACION: 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Educar, informar y concientizar a los niños niñas y adolescentes de la comunidad afrocolombiano del corregimiento de Santa Cecilia sobre el trabajo infantil.	
Tema: Prevención del trabajo infantil		No páginas: 3	
Responsable: Psicóloga		Elaborado por: Hasbleidy Mena Perea	
Lugar: Corregimiento de Santa Cecilia		Zona: Rural	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	1	Presentación	OBSERVACIONES
	2	Desarrollo de actividad	
	3	Análisis de actividad	
<p>Para dar cumplimiento al objetivo planteado, se planificó una marcha. Para la cual se solicitó un permiso la Rector de la Institución educativa Agroambiental Pio XII, con el fin de contar con los alumnos, el cual fue aceptado.</p> <p>Se hizo uso de los siguientes materiales de apoyo: Carteleras, Marcadores, plegables.</p> <p>Dicha actividad se realizó en el corregimiento de Santa Cecilia municipio de Pueblo Rico donde se citaron a los estudiantes y entidades en la entrada de la Institución Educativa Agroambiental Pio XII. Desde ese punto se dio inicio a la marcha de prevención, contando siempre con la colaboración de los docentes los cuales dieron</p>			<p>OBSERVACIONES</p> <p>Se logró el objetivo de la actividad y se contó con la participación de muchas personas.</p>



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

una calurosa bienvenida al equipo en la institución y a las entidades que acompañaron el evento.

La actividad da inicio con la presentación del equipo del PIC Departamental, dándose a conocer y explicar el recorrido de la actividad; posteriormente la Psicóloga educa y concientiza a los estudiantes frente al tema de trabajo infantil y las lesiones por quemaduras de pólvora. Se explica:

Trabajo infantil: es toda actividad normal o peligrosa, remunerada o no que realizan en la cual se lleve a cabo la utilización de niños, niñas y adolescentes, lo cual conlleva a la violación de sus derechos, y perjudica su desarrollo físico y psicológico. También se debe tener en cuenta que dicha problemática se lleva a cabo por diversos factores bien sean, sociopolíticos, económicos, psicológicos, educativos entre otros, que pueden afectar los lazos afectivos en las familias y conllevar a realizar dicha práctica. No se debe confundir los trabajos o labores domésticas tales como: barres, trapear, lavar ropa etc., ya que estos se realizan con el fin de brindar apoyo a los padres y familiares.

Dicha explicación termina con un mensaje motivacional:

“que lo único que se TRABAJE sea la IMAGINACIÓN de cada niño, niña y adolescente.”

Para esto se realizó un recorrido por las calles del corregimiento, el cual da inicio a las 8:30 am en el puente del barrio piedras con todos los estudiantes de la institución Educativa Agroambiental pio XII, pasando por los barrios calle principal, parque de Santa Cecilia y cinto, tanto por la calle de abajo como por la de arriba. Luego de hacer el recorrido de finaliza la marcha en la



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

<p>Escuela San Pedro Claver. En dicha sede se brindó un jugo a los estudiantes para su hidratación, se le socializaron temas de interés por parte del coordinador de la institución y se agradeció a los estudiantes y a las diferentes entidades por su entrega y colaboración.</p> <p>Mas que a los alumnos se logró alzar la voz y dar a conocer a toda la comunidad la importancia de no encender pólvoras, especialmente en navidad y de no apagar los sueños de los niños niñas y adolescentes sometiéndolos al trabajo. En la jornada se sensibilizó a toda la comunidad y se generaron muchos aprendizajes.</p> <p>Al final se diligencia el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.</p>	
COMPROMISOS:	



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 16/11/2022	ALCANCE: Afrocolombiano	Hora de inicio: 7:00 am	Hora fin: 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Prevención del trabajo infantil			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Corregimiento de Santa Cecilia			





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

Dile NO al trabajo INFANTIL

Este impide que niños, niñas y adolescentes gocen plenamente de sus derechos y oportunidades de desarrollo

Los menores que se ven obligados a trabajar es debido a diversas causas tales como:

situaciones de pobreza, falta de acceso a la educación, niños desprotegidos o por tráfico de niños

QUE LO UNICO QUE SE TRABAJE SEA LA IMAGINACIÓN

En cada niño, niña y adolescente



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

CERO QUEMADOS, CERO DOLOR

Las quemaduras por pólvora o pirotecnia, ocurre por las altas temperaturas y el contacto.



La pólvora debe ser manipulada por un adulto responsable.



No almacenemos pólvora en nuestros hogares



Al manipular pólvora, hacerlo en lugares abiertos y donde no hayan muchas personas



Evitemos quemaduras por el uso inadecuado de **POLVORA**, por una vida tranquila y segura





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD No 30

Realizar 60 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)
CANTIDAD:	60 personas
DURACION	30 Minutos
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimiento de actividades diligenciado y firmado Registro fotografico RIPS con el CUPS I 10605

ESTA ACTIVIDAD SE REALIZO 100%



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 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 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	Medico(a) + auxiliar de enfermería.
CANTIDAD:	20 Trabajadores
DURACION	60 minutos
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimiento de actividades diligenciado y firmado Caracterizacion diligenciada Registro fotografico RIPS con el CUPS I 10501



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 10 AL 20 de noviembre 2022	No: 31-2	HORA INICIO: 7:00 AM	HORA FINALIZACION: 05:00 PM
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Caracterizacion de los trabajadores informales pertenecientes a la población de Pueblo Rico AFRO	
Tema: Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 20 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: Isabel Cristina Lucero	
Lugar		SANTA CECILIA	

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	OBSERVACIONES
<p>Para el desarrollo de esta actividad se inicia con la solicitud de usuario y contraseña para GOTI, una vez obtenida se inicia con la recopilación de la información de caracterización de la ficha de trabajador informal la cual se socializa el medico al auxiliar donde se le explica como diligenciarla, también se le explica los riesgos que esta expuesto todo trabajador y su clasificación de acuerdo al riesgo si este es biológico, locativo, físico, etc.</p> <p>También se hace la socialización de la importancia de la pausa activa su duración y cada cuanto se debe hacer, al igual que se le explica las principales enfermedades laborales.</p> <p>Se inicia con la caracterización de 20 trabajadores informales, del municipio de Pueblo Rico, en zona afro.</p> <p>Con el objetivo de desarrollar el programa de salud en el entorno laboral realizar de forma presencial con 20 trabajadores informales y el plan de bienestar laboral, pausas activas y brindar al trabajador informal un ecosistema de bienestar y aumentar su productividad en su labor.</p> <p>Esta actividad se desarrolla a 20 trabajadores informales desde el 10 de noviembre al 20 de noviembre realizando la totalidad de la actividad.</p> <p>La población intervenida se presenta muy amable y recibe toda la información, se realiza pausa activa y se enseña demás ejercicios y estiramientos propios con</p>	



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

su actividad, se tiene encuentra las recomendaciones dadas.

LEWIS NATES

MEDICO

RUBIAN QUERAGAMA

AUXILIAR DE ENFERMERIA



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: Del 10 al 20 de noviembre 2022	ALCANCE: AFRO	Hora de inicio: 7:00 am	Hora fin: 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desarrollo de programa Salud en el entorno laboral; realizar de forma presencial con 20 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: SANTA CECILIA			



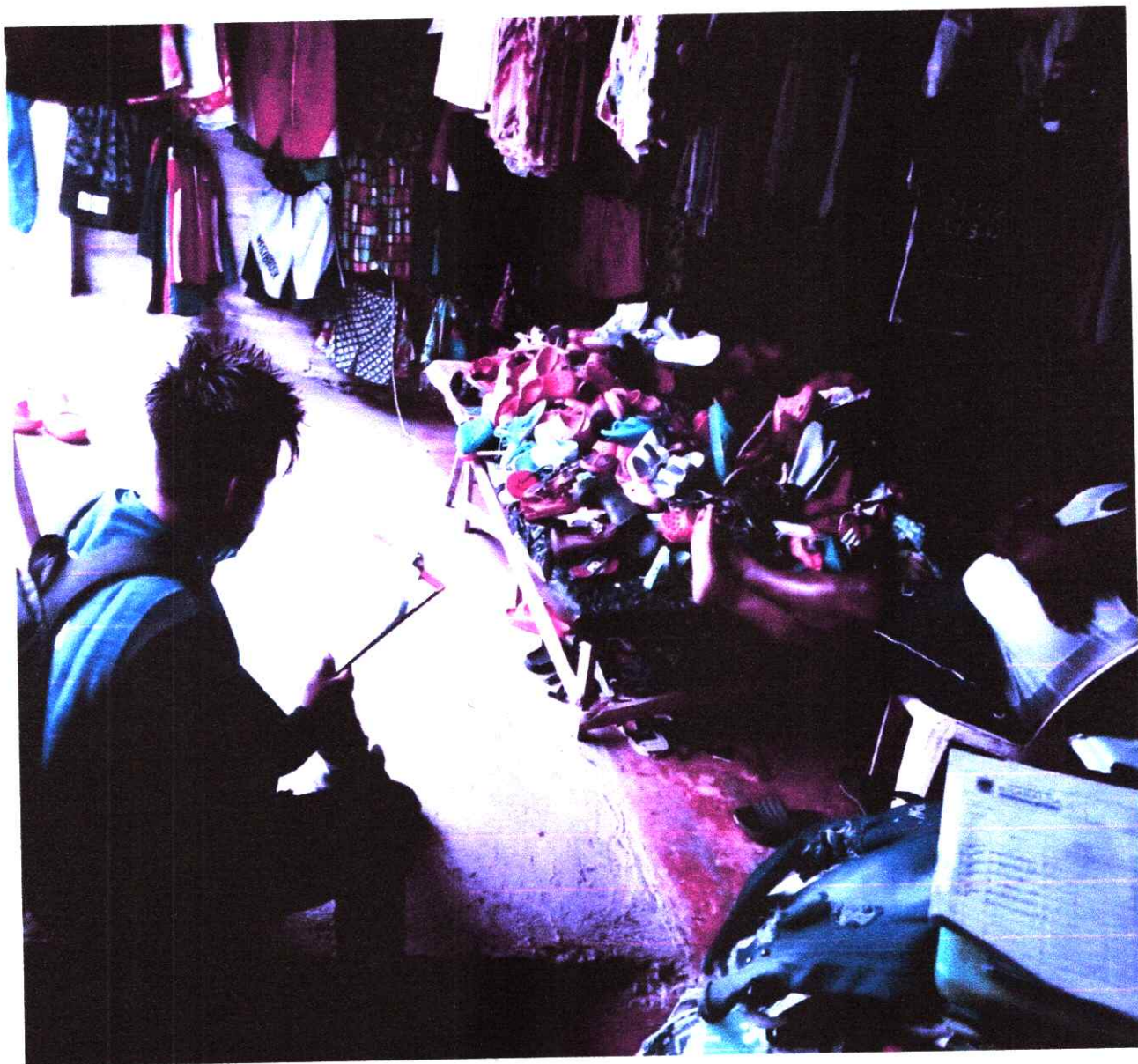


PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022



1356



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

SALUD PÚBLICA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN

DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Si ☒ No ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 1

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
4 7 : 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
0 8 : 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

4528480

6 (4) Primer apellido

Giraldo

7 (5) Segundo apellido

Cordoba

8 (6) Primer nombre

Diofanor

9 (7) Segundo nombre

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

18602345

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 7 1 1 1 0 8

13 (9) Sexo

Masculino

☒

Femenino

☐

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

Santa Cecilia

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☐ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número

3126933119

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

☒

Centro poblado

☐

Área rural dispersa

☐

24 Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio

Santa Cecilia

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

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

Si

☐

No

☒

Cuál?

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

Casado

☒

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.

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☒
☐
☐
☐

Técnico

☐
☐
☐
☐

Ninguno

☐
☐

Primaria completa

Tecnólogo

No Registra

Secundaria incompleta

Universitario incompleta

Secundaria completa

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

☐
☐

Con el cónyuge

No Registra

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

	1
	1

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

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

Indígena

☐
☐
☐

Afro colombiano

☐
☐

LGBTI

☐
☐

Negro

☐
☒

ROM

No Registro

Raizal

Mestizo

Otro

¿Cuál?

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

Desplazado

☐

Desmovilizado

☐

Ninguno

☒

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☐
☐

Cambio climático

☐
☐

No Registra

☐
☐

Desastre natural

Otro

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

Agricultura

☐
☐
☐
☐

Ganadería

☐
☐
☐

Minería

☐
☐
☐

Silvicultura

☐
☐
☐

Comercio

Manufactura

Construcción

Servicio Doméstico

Transporte

Pesca

Metalmeccánica

Artesanía

Vigilancia

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

Ambulante

☐

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☒

No Registra

☐

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) Energía

Si

☒
☐
☐

No

☐
☐
☐

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☒
☐
☐

No

☐
☐
☐

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☒
☐
☐

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

☐

No Registra

☐

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 día marque 0)

Días

0	1	2	3	4	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.

1357

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 ☐

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?

U 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 ☒

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 ☐

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

Kg

 8 9

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 ☐

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

Días

 1

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

Horas

 1

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

SI ☐NO ☐

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

Meses

59 ¿Cuál es 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 ☐

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 ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐basuco ☐cocaína ☐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 ☐

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

Diario ☐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.

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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 respondió NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg. 71 en adelante.

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

Cantidad

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

Trabajo

☐

Hogar

☐

Otro

☐

NoRegistra

☐

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

SI

☐

NO

☒

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura

☐

Quemadura

☐

Luxación

☐

Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia

☐

Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida

☐

Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicación aguda o alergia

☐

Trauma interno

☐

Asfixia

☐

Amputación

☐

Efecto de la electricidad

☐

Herida

☐

Efecto nocivo de la radiación

☐

Trauma Superficial

☐

Lesiones múltiples

☐

Golpe, contusión o aplastamiento

☐

NoRegistra

☐

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

Cabeza y cuello

☐

Manos

☐

Ojos

☐

Miembros inferiores

☐

Torax

☐

Pies

☐

Abdomen

☐

Ubicaciones múltiples

☐

Miembros superiores

☐

Lesiones generales u otras

☐

Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis

☐

NoRegistra

☐



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 opción)

Maquinas y/o equipos

☐
☐

Medios de transporte

☐
☐NoRegistra
Agentes no
clasificados☐
☐Aparatos incluye herramientas,
implementos o utensiliosMateriales o sustancias incluye las
radiacionesAmbiente de trabajo incluye
superficies de transito y trabajo,
mueblesOtros agentes no clasificados incluye
animales vivos o productos animales

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

Caidas de personas

☐
☐

Caidas de objetos

☐
☐

Atrapamiento

☐
☐Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o
falso movimiento

Pisadas, choques o golpes

Exposicion o contacto con
temperatura extrema☐
☐Exposicion o contacto con la
electricidad☐
☐

NoRegistra

☐
☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras

☐
☐

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

No sabe

☐
☐

SI

☐
☐

NO

☐
☐

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

Desconocimiento

☐
☐

Falta de tiempo

☐
☐

Poca importancia

☐
☐

NoRegistra

☐
☐

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

Familia

☐
☐

Conocido

☐
☐

Drogueria

☐
☐

Hospital

☐
☐

NoRestra

☐
☐

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

Hospital

☐
☐

Puesto de salud

☐
☐

Farmacia

☐
☐

Consultorio particular

☐
☐

Curandero

☐
☐

Usted mismo o familiar

☐
☐

Ninguno

☐
☐

81 (78) ¿Cuántos días dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Dias

☐
☐

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

Grupo organizado de trabajadores informales

☐
☐

Empresa Prestadora de Servicios de Salud

☐
☐

El trabajador o la familia

☐
☐

Otro

☐
☐

NoRegistro

☐
☐

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

SI

☐
☐

NO

☒
☐

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

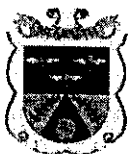
☐
☐

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.

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☒ Mala ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☒ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☒ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☒ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☒ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☒ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☒ No Registro ☐

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

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

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

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

1357

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales

☐

Gafas de montura integral

☐

Ninguno

☒

Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles

☐

Pantalla facial

☐

NoRegistra

☐

Pantalla de soldadura de mano

☐

Pantalla de soldadura de cabeza

☐

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras

☐

Protectores auriculares

☐

Ninguno

☒

Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable

☐

Casco antirruído

☐

NoRegistra

☐

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

Tapabocas

☒

Mascaras para gases

☐

Ninguno

☐

Mascarillas autofiltrantes

☐

Mascaras para vapores

☐

NoRegistra

☐

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

Guantes de latex

☐

Guantes de Nitrilo

☐

Ninguno

☒

Guantes de Neopreno

☐

Guantes de Malla

☐

NoRegistra

☐

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

Calzado de seguridad

☐

Calzado de trabajo

☐

Ninguno

☒

Calzado dielectrico

☐

Calzado antiestatico

☐

NoRegistra

☐

Botas de caucho

☐

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

Eslinga

☐

Cinturon de seguridad

☐

Ninguno

☒

Linea de vida

☐

Casco con barbuquejo

☐

NoRegistra

☐

Mosquetones

☐

Arnes

☐

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

Contra productos químicos líquidos

☐

Alta visibilidad

☐

Ninguno

☒

Propiedades electroestáticas

☐

Contra el frío

☐

NoRegistra

☐

Soldado y técnicas conexas.

☐

Delantal plástico

☐

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

☐

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?

SI

☒

NO

☐

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?

SI

☒

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

☒

NO

☐

95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación

SI

☒

NO

☐

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación

SI

☒

NO

☐

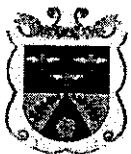
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?

SI

☒

NO

☐



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

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI	☒	NO	☐
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	☒	NO	☐
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI	☒	NO	☐
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	☐	NO	☒

Nombre del Encuestado:

Jaime Guatiqui Arce Diomar Giraldo Cordoba

CC:

4528480

Firma del Encuestador:

[Firma]

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 técnico
↑
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.	
	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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 1

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
0 8 : 3 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
1 0 : 0 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

4528480

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Montes

7 (5) Segundo apellido

Gonzalez

8 (6) Primer nombre

Carlos

9 (7) Segundo nombre

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

108094767

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 6 1 1 1 1 4

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 ☒ Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

Santa Cecilia

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☒ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☒ Número

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 ☒ Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

24 Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio

Santa Cecilia

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 ☒ Cuál?

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

Casado ☒ 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.

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

☐

Tecnólogo

☐

No Registra

☐

Secundaria incompleta

☐

Universitario incompleta

☐

Secundaria completa

☐

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

☐

Con el cónyuge

☐

No Registra

☐

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

1
3

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

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

Indígena

☐

Afro colombiano

☐

LGBTI

☐

Negro

☐

ROM

☐

No Registro

☐

Raizal

☐

Mestizo

☒

Otro

☐

¿Cuál?

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

Desplazado

☐

Desmovilizado

☐

Ninguno

☒

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☐

Cambio climático

☐

No Registra

☐

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

☐

Ganadería

☐

Minería

☐

Silvicultura

☐

Comercio

☒

Manufactura

☐

Construcción

☐

Servicio Doméstico

☐

Transporte

☐

Pesca

☐

Metalmeccánica

☐

Artesanía

☐

Vigilancia

☐

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

Ambulante

☐

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☒

No Registra

☐

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) Energía

Si

☒

No

☐

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☒

No

☐

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☒

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?

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

Años

☒☐☐

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

Diurna

☒

Nocturna

☐

Mixta

☐

No Registra

☐

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 día marque 0)

Días

☐☐☐☐☐☐☐☒

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA	
	Secretaría de Salud	
	GESTIÓN EN SALUD	
	SALUD PÚBLICA	
INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.		
Versión: 01 Vigencia: 07-2021		

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo ☐ Más de un salario mínimo ☐ 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 ☒ 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? 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 ☒

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

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

cm

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? Días

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 ☒

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

Meses

59 ¿Cuál es 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 ☒

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 ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐ basuco ☐ cocaína ☐ 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 ☐

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

Diario ☐ 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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO BICO - 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 respondió 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)

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 meses?

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 ~~que~~ 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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐
Luxacion ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida ☐

Quemadura ☐
Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐

Trauma interno ☐
Amputacion ☐
Herida ☐
Trauma Superficial ☐
Golpe, contusion o aplastamiento ☐

Asfixia ☐
Efecto de la electricidad ☐
Efecto nocivo de la radiacion ☐
Lesiones múltiples ☐
NoRegistra ☐

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

Cabeza y cuello ☐
Oj os ☐
Torax ☐
Abdomen ☐
Miembros superiores ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐

Manos ☐
Miembros inferiores ☐
Pies ☐
Ubicaciones multiples ☐
Lesiones generales u otras ☐
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.	 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO 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 opción)

Maquinas y/o equipos	☐	Medios de transporte	☐	No Registra	☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	☐	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	☐	Agentes no clasificados	☐
Ambiente de trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles	☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	☐		

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

Caidas de personas	☐	Caidas de objetos	☐	Atrapamiento	☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	☐	Pisadas, choques o golpes	☐		
Exposición o contacto con temperatura extrema	☐	Exposición o contacto con la electricidad	☐	No Registra	☐
Exposición o contacto con sustancias nocivas 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)

SI ☐	NO SABE ☐	NO ☐
-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------

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

Desconocimiento ☐	Falta de tiempo ☐	Poca importancia ☐	No Registra ☐
--	--	---	--------------------------------------

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 ☐	No Registra ☐
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

	Cantidad Días <input type="text"/>
--	------------------------------------

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐	Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐	
El trabajador o la familia ☐	Otro ☐	No Registro ☐

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 ☐	No Registro ☐
------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------



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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD

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 ☐ Buena ☒ Regular ☐ Mala ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☒ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☒ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☒ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☒ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☒ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	<p>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.</p>	
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☒	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☒
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☐
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☒
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☐
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	No Registra	☐
Soldado y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☒	NO	☐
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☒	NO	☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
	Versión: 01 Vigencia: 07-2021	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒

NO

☐

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

Jaimer Guatiqui Arce Carlos Montes Gonzalez

CC:

4528460

Firma del Encuestador:

[Firma]

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 técnico

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.	 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)

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

2 Hora de inicio (HH:MM):

3 Hora de finalización (HH:MM):

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

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

Si ☐ No ☒

Y Y Y Y M M D D

2 0 2 2 1 1 0 1

H H M M

1 0 : 0 0

H H M M

1 1 : 3 0

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Mosqueda

8 (6) Primer nombre

Cecilia

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐

PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D

1 9 6 2 1 2 2 3

7 (5) Segundo apellido

Rivar

9 (7) Segundo nombre

11 (3) Número de documento

35755170

13 (9) Sexo

Masculino ☐

Femenino ☒

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia:

Risaralda

16 (11) Zona de Residencia

Urbano ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación

Risaralda

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación

Urbano ☒

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

15 (10) Municipio de residencia

Pueblo Rico

Plaza Principal

Santa Cecilia

Si ☐ No ☐ Número

Si ☐ No ☒ Número

3128116292

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación

DATOS SOCIODEMográficos

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

Si ☐

No ☒

Cuál?

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

Casado ☒

Viudo / Separado ☐

Soltero ☐

Unión Marital de Hecho ☐

Divorciado ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</p> <p>Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN</p> <p>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>COMPROMETIDOS CON SU SALUD</p> <p>POBLO PUBLICO - RISARALDA</p>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Primaria incompleta

☒

Técnico

☐

Ninguno

☐

Primaria completa

☐

Tecnólogo

☐

No Registra

☐

Secundaria incompleta

☐

Universitario incompleta

☐

Secundaria completa

☐

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

☐

Con el cónyuge

☒

No Registra

☐

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

1
2

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

1
2

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

Indígena

☐

Afro colombiano

☒

LGBTI

☐

Negro

☐

ROM

☐

No Registro

☐

Raizal

☐

Mestizo

☐

Otro

☐

¿Cuál?

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

Desplazado

☒

Desmovilizado

☐

Ninguno

☐

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☒

Cambio climático

☐

No Registra

☐

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

☒

Ganadería

☐

Minería

☐

Silvicultura

☐

Comercio

☒

Manufactura

☐

Construcción

☐

Servicio Doméstico

☐

Transporte

☐

Pesca

☐

Metalmecánica

☐

Artesanía

☐

Vigilancia

☐

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

Ambulante

☐

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☒

No Registra

☐

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) Energía

Si

☒

No

☐

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☒

No

☐

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☒

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

☐

9

(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

☐

No Registra

☐

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)

Días

0	1	2	3	4	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.	
	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

☐

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?

Cafe 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

	6	0
1	5	3

cm

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

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?

Días

Horas

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

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

SI

☐

NO

☒

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

Meses

☐

59 ¿Cuál es 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

☒

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

☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana

☐

basuco

☐

cocaína

☐

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

☐

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

Diario

☐

Semanal

☐

Quincenal

☒

Ocasional

☐

NoRegistra

☐

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

CONDICIÓN 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 respondió 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)

--	--	--	--

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

Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐ No Registra ☐

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 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2, pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐

Quemadura ☐

Luxación ☐

Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐

Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o

Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el

laceración de músculo o tendón, sin herida ☐

ambiente, envenenamiento o intoxicación aguda o

alergia ☐

Trauma interno ☐

Asfixia ☐

Amputación ☐

Efecto de la electricidad ☐

Herida ☐

Efecto nocivo de la radiación ☐

Trauma Superficial ☐

Lesiones múltiples ☐

Golpe, contusión o aplastamiento ☐

No Registra ☐

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

Cabeza y cuello ☐

Manos ☐

Ojos ☐

Miembros inferiores ☐

Torax ☐

Pies ☐

Abdomen ☐

Ubicaciones múltiples ☐

Miembros superiores ☐

Lesiones generales u otras ☐

Tronco incluye espalda, columna vertebral,

No Registra ☐

medula espinal, pelvis ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PÚBLICA RISCO - RISARALDA</p>
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 opción)

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 trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles ☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐	

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

Caidas de personas ☐	Caidas de objetos ☐	Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐	Pisadas, choques o golpes ☐	
Exposición o contacto con temperatura extrema ☐	Exposición o contacto con la electricidad ☐	NoRegistra ☐
Exposición o contacto con sustancias nocivas 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 ☐	NoRegistra ☐
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

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

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

81 (78) ¿Cuántos días dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Días

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐	Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabajador o la familia ☐	Otro ☐
NoRegistra ☐	

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 ☐	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.



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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☒ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☐

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la mas importante)

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.		
	Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☒
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☒
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☒
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☒
Linea de vida	☐	Casco con barbuquejo o Arnés	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐				

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☒
Propiedades electroestaticas	☐	Contra el frio	☐	No Registra	☐
Soldeo y tecnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI ☒ NO ☐

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI ☒ 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 ☐ NO ☒

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

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☒ NO ☐

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI ☒ NO ☐

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI ☒ NO ☐

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p> <div style="text-align: right;">  <small>COMPROMETIDOS CON SU SALUD PATIENTES - RIESGO - CALIDAD</small> </div>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒

NO

☐

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

Cecilia

CC:

95755178

Firma del Encuestador:

Roberto Puentes

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 técnico
 ↑
 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 COMROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO 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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 1

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
1 1 : 3 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
1 1 : 0 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

1093532861

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Morales

7 (5) Segundo apellido

Bermudez

8 (6) Primer nombre

Daricso

9 (7) Segundo nombre

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

11785969

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 9 9 1 0 1 2

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia

Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☒ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número

3129116290

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 ☒

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

Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Si ☐

No ☒

Cuál?

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

Casado ☒

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.



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Técnico

Tecnólogo

Universitario incompleta

Universitario completa

Ninguno

No Registra

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia?

Si

No

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

Con nadie

Con otros

Con el cónyuge

No Registra

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

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

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

Indígena

ROM

Otro

Afro colombiano

No Registro

¿Cuál?

LGBTI

Raizal

Negro

Mestizo

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

Desplazado

Desmovilizado

Ninguno

No Registra

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

Violencia sociopolítica

Cambio climático

No Registra

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

Comercio

Transporte

Vigilancia

Ganadería

Manufactura

Pesca

Minería

Construcción

Metalmecánica

Silvicultura

Servicio Doméstico

Artesanía

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

Ambulante

Semiestacionaria

Estacionaria

No Registra

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) Energía

Si

No

39,4) Gas

Si

No

39,2 (32) Acueducto

Si

No

39,3 (33) Alcantarillado

Si

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?

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

Años

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

Diurna

Nocturna

Mixta

No Registra

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 día marque 0)

Días

0 1 2 3 4 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.	
	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 ☐

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?

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 ☐

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

6	3
1	6

cm

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

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57)

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

Días

6	6
---	---

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

Horas

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

Meses

59 ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

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 ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐basuco ☐cocaína ☐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 ☐

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

Diario ☐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.	 ESE 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 opción)

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 opción)

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)

SI	☐	No sabe	☐	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.



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 ☐

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

88,1 (85) Físicos (marcar una, la más importante)

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

88,3 (87) Biológicos (marcar una, la más importante)

Virus ☒ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

88,5 (89) Biomecánico (marcar una, la más importante)

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la más importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☐

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la más importante)

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la más importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	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) Protección ocular (marcar una, la mas importante)			
Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐
		Pantalla facial	☐
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla de soldadura de mano	☐
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)			
Orejas	☐	Protectores auriculares	☐
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,4 (96) Protección respiratoria (marcar una, la mas importante)			
Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,5 (97) Protección extremidades superiores (marcar una, la mas importante)			
Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,6 (98) Protección extremidades inferiores (marcar una, la mas importante)			
Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐
Botas de caucho	☐		
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,7 (99) Otros elementos de protección (marcar una, la mas importante)			
Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐
Linea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,8 (100) Ropa de protección (marcar una, la mas importante)			
Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐
		Contra el frío	☐
Propiedades electroestáticas	☐	Contra calor y llamas	☐
Soldado y técnicas conexas.	☐	Delantal plastico	☐
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐		
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI ☒	NO ☐	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI ☒	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 ☐	NO ☒	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☐	NO ☒	
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☒	NO ☐	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI ☒	NO ☐	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI ☒	NO ☐	

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p style="text-align: center;">E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA</p>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒
☒
☐

NO

☐
☐
☒

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒
☒
☐

NO

☐
☐
☒

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐
☐
☐

NO

☐
☐
☒

Nombre del Encuestado:

NANCISO

CC:

11785969

Firma del Encuestador:

Ruben Quevedo

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)
↑

(n)

↑

Número consecutivo del instrumento

→ Número en el anexo técnico

	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 COMROMETIDOS 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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 1

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
1 2 : 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
3 : 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Gomez

7 (5) Segundo apellido

acosta

8 (6) Primer nombre

Gilberto

9 (7) Segundo nombre

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

1093535310

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 9 0 0 2 1 3

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 ☒ Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia

Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☒ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número 3228183310

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 ☒ 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

Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Si ☐ No ☐Cuál?

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

Casado ☐ 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.COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO NEGRO - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Técnico

Tecnólogo

Universitario incompleta

Universitario completa

Ninguno

No Registra

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia?

Si

No

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

Con nadie

Con otros

Con el cónyuge

No Registra

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

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

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

Indígena

ROM

Otro

Afro colombiano

No Registro

¿Cuál?

LGBTI

Raizal

Negro

Mestizo

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

Desplazado

Desmovilizado

Ninguno

No Registra

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

Violencia sociopolítica

Cambio climático

Desastre natural

Otro

No Registra

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

Agricultura

Comercio

Transporte

Vigilancia

Ganadería

Manufactura

Pesca

Minería

Construcción

Metalmecánica

Silvicultura

Servicio Doméstico

Artesanía

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

Ambulante

Semiestacionaria

Estacionaria

No Registra

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) Energía

Si

No

39,4) Gas

Si

No

39,2 (32) Acueducto

Si

No

39,3 (33) Alcantarillado

Si

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?

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

Años

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

Diurna

Nocturna

Mixta

No Registra

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 día marque 0)

Días

0

1

2

3

4

5

6

7

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA</p>
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 ☒**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?

medinas

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 ☐PORVENIR ☐BBVA HORIZONTE ☐ING ☐SKANDIA ☐SKANDIA ALTERNATIVO ☐COLFONDOS ☐AVIADORES ☐FONPRECON ☐CAPRECOM ☐ANTIOQUIA ☐CAJANAL ☐U DEL CAUCA ☐INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES ☐Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones ☐COLPENSIONES ☐**ESTILO Y CONDICION DE VIDA**

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

Kg

8	8
1	7

cm

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

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57)

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

Días

2
4

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

Horas

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

Meses

59 ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

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)

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐basuco ☐cocaína ☐otra ☐NoRegistra ☐

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

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

Diario ☐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.



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

CONDICIÓN 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 respondió 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)

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

Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐ No Registra ☐

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 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2, pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐
Luxación ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida ☐

Quemadura ☐
Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐

Trauma interno ☐
Amputación ☐
Herida ☐
Trauma Superficial ☐
Golpe, contusión o aplastamiento ☐

Asfixia ☐
Efecto de la electricidad ☐
Efecto nocivo de la radiación ☐
Lesiones múltiples ☐
No Registra ☐

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

Cabeza y cuello ☐
Ojos ☐
Torax ☐
Abdomen ☐
Miembros superiores ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis ☐

Manos ☐
Miembros inferiores ☐
Pies ☐
Ubicaciones múltiples ☐
Lesiones generales u otras ☐
No Registra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

Maquinas y/o equipos

☐

Medios de transporte

☐

No Registra

☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios

☐

Materiales o sustancias incluye las radiaciones

☐

Agentes no clasificados

☐

Ambiente de trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles

☐

Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales

☐

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

Caidas de personas

☐

Caidas de objetos

☐

Atrapamiento

☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento

☐

Pisadas, choques o golpes

☐

Exposición o contacto con temperatura extrema

☐

Exposición o contacto con la electricidad

☐

No Registra

☐

Exposición o contacto con sustancias nocivas 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

☐

No Registra

☐

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

☐

No Registra

☐

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Días

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

Grupo organizado de trabajadores informales

☐

Empresa Prestadora de Servicios de Salud

☐

El trabajador o la familia

☐

Otro

☐

No Registro

☐

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

☐

No Registro

☐



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



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	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 BILCO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejas	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antiruido	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☒
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☒
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☒
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☒
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☒
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	No Registra	☐
Soldo y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☒	NO	☐
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☒	NO	☐

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p> <div style="text-align: right;">  </div>
Versión: 01 letrina)	Vigencia: 07-2021

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒

NO

☐

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

CC:

Firma del Encuestador:

Gilberto

109.3535.310

Rublon Quexgoma

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 técnico
 ↑
 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.	 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO NUEVO - 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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
 2 0 2 2 1 1 0 1

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
 3 : 3 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
 5 : 0 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

MOSQUERA

7 (5) Segundo apellido

VELAZQUEZ

8 (6) Primer nombre

MAISON

9 (7) Segundo nombre

MAISON

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
 PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

1093534556

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
 1 9 8 8 0 7 2 1

13 (9) Sexo Masculino ☐ Femenino ☒

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia:

RISARALDA

15 (10) Municipio de residencia

PUEBLO NUEVO

16 (11) Zona de Residencia

Urbano ☒ Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

CALLE PRINCIPAL

18 (12) Dirección residencia

SANTA CECILIA

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☐ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número 3154226787

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación

RISARALDA

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación

PUEBLO NUEVO

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación

Urbano ☒ 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

SANTA CECILIA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Si ☐ No ☒ Cuál?

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

Casado ☒ Viudo / Separado ☐ Soltero ☐ Unión Marital de Hecho ☐
 Divorciado ☐

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

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

Primaria incompleta	☐	Técnico	☒	Ninguno	☐
Primaria completa	☐	Tecnólogo	☐	No Registra	☐
Secundaria incompleta	☐	Universitario incompleta	☐		
Secundaria completa	☐	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	☐
Con el cónyuge	☒	No Registra	☐

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

0	4
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?

Indígena	☐	Afro colombiano	☒	LGBTI	☐	Negro	☐
ROM	☐	No Registro	☐	Raizal	☐	Mestizo	☐
Otro	☐	¿Cuál?					

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

Desplazado	☒	Desmovilizado	☐	Ninguno	☐	No Registra	☐
------------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------

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

Violencia sociopolítica	☐	Cambio climático	☐	No Registra	☐
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	☐	Ganadería	☐	Minería	☐	Silvicultura	☐
Comercio	☒	Manufactura	☐	Construcción	☐	Servicio Domestico	☐
Transporte	☐	Pesca	☐	Metalmeccanica	☐	Artesanía	☐
Vigilancia	☐						

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

Ambulante	☐	Semiestacionaria	☐	Estacionaria	☒	No Registra	☐
-----------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	-------------	--------------------------

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) Energía	Si	☒	No	☐	39,4) Gas	Si	☐	No	☒
39,2 (32) Acueducto	Si	☒	No	☐					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	☐	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?

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

Años ☐ 0 ☒ 5 ☐

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

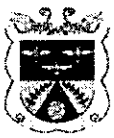
Diurna	☒	Nocturna	☐	Mixta	☐	No Registra	☐
--------	-------------------------------------	----------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------

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)

Días ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 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.		
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 ☒

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?

ASNET - S.A.S

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

No Sabe ☐ SI ☐ NO ☒

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

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

cm

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? Días

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 ☒

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

Meses

59 ¿Cuál es 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 ☒

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 ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐ basuco ☐ cocaína ☐ 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 ☐

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

Diario ☐ 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.



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 respondió 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)

--	--

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

Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

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

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐	Quemadura ☐
Luxación ☐	Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida ☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Trauma interno ☐	Asfixia ☐
Amputación ☐	Efecto de la electricidad ☐
Herida ☐	Efecto nocivo de la radiación ☐
Trauma Superficial ☐	Lesiones múltiples ☐
Golpe, contusión o aplastamiento ☐	NoRegistra ☐

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

Cabeza y cuello ☐	Manos ☐
Ojos ☐	Miembros inferiores ☐
Torax ☐	Pies ☐
Abdomen ☐	Ubicaciones múltiples ☐
Miembros superiores ☐	Lesiones generales u otras ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis ☐	NoRegistra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

Maquinas y/o equipos ☐	Medios de transporte ☐	No Registra ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐	Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐	Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles ☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐	

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

Caidas de personas ☐	Caidas de objetos ☐	Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐	Pisadas, choques o golpes ☐	
Exposición o contacto con temperatura extrema ☐	Exposición o contacto con la electricidad ☐	No Registra ☐
Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras ☐		

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

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

Desconocimiento ☐	Falta de tiempo ☐	Poca importancia ☐	No Registra ☐
--	--	---	--------------------------------------

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 ☐	No Registra ☐
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Días

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐	Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabajador o la familia ☐	Otro ☐ No Registro ☐

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 ☐	No Registro ☐
------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

SALUD PÚBLICA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN

DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☐
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO MILCO - RISARALDA</p>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☐
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejas	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☐
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos anti-ruido	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☐
Calzado dieléctrico	☐	Calzado antiestático	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslina	☐	Cinturón de seguridad	☐	Ninguno	☐
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☐
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	No Registra	☐
Soldo y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	☐	Delantal plástico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☒	NO	☐
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☒	NO	☐

	<p style="text-align: center;"> 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. </p> <div style="text-align: right;">  </div>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI



NO



100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI



NO



101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI



NO



Nombre del Encuestado:

Maldonado Maldonado

CC:

1092534556

Firma del Encuestador:

Rublan Quevedo

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 técnico
↑
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.	 ESE 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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
 2 0 2 2 J J 0 2

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
 7 : 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
 8 : 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

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

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

LOPEZ

7 (5) Segundo apellido

ZAPATA

8 (6) Primer nombre

JULIAN

9 (7) Segundo nombre

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
 PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

15518807

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
 1 9 8 5 0 9 1 1 4

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 ☒ Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

CALLE PRINCIPAL

18 (12) Dirección residencia

SANTA LUCIA

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☐ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número

3188712572

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 ☒ 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

SANTA LUCIA

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Si ☐ No ☒ Cuál?

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

Casado ☒ 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.



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Técnico

Tecnólogo

Universitario incompleta

Universitario completa

Ninguno

No Registra

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia?

Si

No

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

Con nadie

Con el cónyuge

Con otros

No Registra

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

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

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

Indígena

ROM

Otro

Afro colombiano

No Registro

¿Cuál?

LGBTI

Raizal

Negro

Mestizo

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

Desplazado

Desmovilizado

Ninguno

No Registra

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

Violencia sociopolítica

Desastre natural

Cambio climático

Otro

No Registra

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

Agricultura

Comercio

Transporte

Vigilancia

Ganadería

Manufactura

Pesca

Minería

Construcción

Metalmecánica

Silvicultura

Servicio Doméstico

Artesanía

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

Ambulante

Semiestacionaria

Estacionaria

No Registra

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

Propia

Arrendada

Familiar

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) Energía

Si

No

39,4) Gas

Si

No

39,2 (32) Acueducto

Si

No

39,3 (33) Alcantarillado

Si

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?

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

Años

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

Diurna

Nocturna

Mixta

No Registra

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

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

Días

Horas

	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.	 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 ☒**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?

ASNET-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 ☐PORVENIR ☒BBVA HORIZONTE ☐ING ☐SKANDIA ☐SKANDIA ALTERNATIVO ☐COLFONDOS ☐AVIADORES ☐FONPRECON ☐CAPRECOM ☐ANTIOQUIA ☐CAJANAL ☐U DEL CAUCA ☐INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES ☐Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones ☐COLPENSIONES ☐**ESTILO Y CONDICION DE VIDA**

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

Kg

	9	3
1	0	4

cm

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

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57)

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

Días

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

Horas

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

Meses

59 ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

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)

marihuana ☐basuco ☐cocaína ☐otra ☐NoRegistra ☐

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

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

Diario ☐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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
POBLACIÓN - 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 respondió 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)

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 meses?

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 ~~que~~ 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 lesión le ocasionó?(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐
Luxacion ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida ☐

Quemadura ☐
Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐

Trauma interno ☐
Amputacion ☐
Herida ☐
Trauma Superficial ☐
Golpe, contusion o aplastamiento ☐

Asfixia ☐
Efecto de la electricidad ☐
Efecto nocivo de la radiacion ☐
Lesiones múltiples ☐
NoRegistra ☐

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

Cabeza y cuello ☐
Oj os ☐
Torax ☐
Abdomen ☐
Miembros superiores ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐

Manos ☐
Miembros inferiores ☐
Pies ☐
Ubicaciones multiples ☐
Lesiones generales u otras ☐
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 COMROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO 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 opción)

Maquinas y/o equipos	☐	Medios de transporte	☐	No Registra	☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	☐	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	☐	Agentes no clasificados	☐
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles	☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	☐		

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

Caidas de personas	☐	Caidas de objetos	☐	Atrapamiento	☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	☐	Pisadas, choques o golpes	☐		
Exposición o contacto con temperatura extrema	☐	Exposición o contacto con la electricidad	☐	No Registra	☐
Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras	☐				

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

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

Desconocimiento	☐	Falta de tiempo	☐	Poca importancia	☐	No Registra	☐
-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

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	☐	No Registra	☐
---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Días ☐

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

Grupo organizado de trabajadores informales	☐	Empresa Prestadora de Servicios de Salud	☐
El trabajador o la familia	☐	Otro	☐
No Registro	☐		

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	☐	No Registro	☐
-----------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------



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



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.		
	Versión: 01 Vigencia: 07-2021		

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☐
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejas	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☐
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☐
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslina	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☐
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☐
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	No Registra	☐
Soldado y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☒	NO	☐
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☒	NO	☐

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p> <p style="text-align: right;">  <small>COMPROMETIDOS CON SU SALUD</small> </p>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒

NO

☐

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

Julian

CC:

15518807

Firma del Encuestador:

Rublan Quebago me

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 consecutivo del instrumento

→ Número en el anexo tecnico

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
	Versión: 01 Vigencia: 07-2021	

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

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

2 Hora de inicio (HH:MM):

3 Hora de finalización (HH:MM):

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

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

Si ☐ No ☒

Y Y Y Y M M D D

2 0 2 2 J J 0 2

H H M M

8 : 3 0

H H M M

J 0 : 0 0

CC X CE PA CD PE

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Masquera

8 (6) Primer nombre

Delano

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐

PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D

1 9 7 0 0 8 1 1

7 (5) Segundo apellido

Masquera

9 (7) Segundo nombre

11 (3) Número de documento

4815719

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación

Risaralda

Si ☐ No ☒ Número

Si ☒ No ☐ Número

3122761136

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación

Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación

Urbano ☒

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 ☒

Cuál?

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

Casado ☐

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.



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☐
☒
☐
☐

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Técnico

Tecnólogo

Universitario incompleta

Universitario completa

Ninguno

No Registra

☐
☐

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia?

Si

☒

No

☐

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

Con nadie

☐
☒

Con otros

☐
☐

Con el cónyuge

No Registra

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

☐☐
☐☒

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

☐☐
☐☐

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

Indígena

☐
☐
☐

Afro colombiano

☒
☐

LGBTI

☐
☐

Negro

☐
☐

ROM

No Registro

Raizal

Mestizo

Otro

¿Cuál?

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

Desplazado

☐

Desmovilizado

☐

Ninguno

☒

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☐
☐

Cambio climático

☐
☐

No Registra

☐

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

☐
☒
☐
☐

Ganadería

☐
☐
☐

Minería

☐
☐
☐

Silvicultura

☐
☐
☐

Comercio

Manufactura

Construcción

Servicio Doméstico

Transporte

Pesca

Metalmecánica

Artesanía

Vigilancia

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

Ambulante

☒

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☐

No Registra

☐

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) Energía

Si

☐
☐
☐

No

☒
☐
☐

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☐
☐
☐

No

☒
☐
☐

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☐
☐
☐

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

☐

No Registra

☐

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 día marque 0)

Días

0	1	2	3	4	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 NEGRO - 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

☐

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?

novela 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

☐

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
1	7	1

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

cm

	7	0
1	7	1

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?

Días

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

☒

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

Meses

☐

NO

☒

59 ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

Cantidad

☐

NO

☐

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

SI

☒

NO

☐

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

☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana

☐

basuco

☐

cocaína

☐

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

☒

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

Diario

☐

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.	
	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 respondió 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)

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 meses?

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 el 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 lesión 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 ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA</p> <p>Secretaría de Salud</p> <p>GESTIÓN EN SALUD</p> <p>SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN</p> <p>DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>COMPROMETIDOS CON SU SALUD</p> <p>PUERTO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

Maquinas y/o equipos ☐	Medios de transporte ☐	No Registra ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐	Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐	Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles ☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐	

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

Caidas de personas ☐	Caidas de objetos ☐	Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐	Pisadas, choques o golpes ☐	
Exposición o contacto con temperatura extrema ☐	Exposición o contacto con la electricidad ☐	No Registra ☐
Exposición 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)

SI ☐ NO ☐ No sabe ☐

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

Desconocimiento ☐	Falta de tiempo ☐	Poca importancia ☐	No Registra ☐
--	--	---	--------------------------------------

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 ☐	No Registra ☐
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Días

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐	Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
El trabajador o la familia ☐	Otro ☐
No Registro ☐	

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 ☐	No Registro ☐
------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.		
	Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☐

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la mas importante)

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	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.	 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO NEGRO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

90,2 (94) Protección ocular (marcar una, la mas importante)			
Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐
		Pantalla facial	☐
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla de soldadura de mano	☐
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)			
Orejas	☐	Protectores auriculares	☐
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,4 (96) Protección respiratoria (marcar una, la mas importante)			
Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,5 (97) Protección extremidades superiores (marcar una, la mas importante)			
Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,6 (98) Protección extremidades inferiores (marcar una, la mas importante)			
Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐
Botas de caucho	☐		
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,7 (99) Otros elementos de protección (marcar una, la mas importante)			
Eslina	☐	Cinturon de seguridad	☐
Linea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
90,8 (100) Ropa de protección (marcar una, la mas importante)			
Contra productos quimicos liquidos	☐	Alta visibilidad	☐
		Contra el frio	☐
Propiedades electroestaticas	☐	Contra calor y llamas	☐
Soldeo y tecnicas conexas.	☐	Delantal plastico	☐
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐		
		Ninguno	☒
		No Registra	☐
91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI ☐	NO ☒	
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI ☒	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 ☐	NO ☒	
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☐	NO ☒	
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☒	NO ☐	
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI ☒	NO ☐	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI ☐	NO ☒	



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



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☐
☒
☐

NO

☒
☐
☒

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☐
☒
☐

NO

☐
☐
☒

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐
☐
☐

NO

☐
☐
☒

Nombre del Encuestado:

Jorge

CC:

4815719

Firma del Encuestador:

Rubén Quirógama

NOTA: El número consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el número entre paréntesis es el número 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 técnico
↑
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.	 <p style="font-size: small;">E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO NEGRO - RISARALDA</p>
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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 2

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
1 0 : 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
1 1 : 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

109352861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

montas

7 (5) Segundo apellido

Abudelo

8 (6) Primer nombre

Diego Claret

9 (7) Segundo nombre

Antonio

10 (2) Tipo documento

CC ☐ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

10093550
10094550

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 6 9 0 6 0 8

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 ☒ Centro poblado ☐ Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☒ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número 3127671950

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 ☒ 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 ☒ Cuál?

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

Casado ☒ 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.



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☒

Primaria completa

☐

Secundaria incompleta

☐

Secundaria completa

☐

Técnico

☐

Tecnólogo

☐

Universitario incompleta

☐

Universitario completa

☐

Ninguno

☐

No Registra

☐

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia?

Si

☐

No

☐

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

Con nadie

☐

Con otros

☐

Con el cónyuge

☒

No Registra

☐

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

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

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

Indígena

☐

Afro colombiano

☐

LGBTI

☐

Negro

☐

ROM

☐

No Registro

☐

Raizal

☐

Mestizo

☒

Otro

☐

¿Cuál?

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

Desplazado

☒

Desmovilizado

☐

Ninguno

☐

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☒

Cambio climático

☐

No Registra

☐

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

☐

Ganadería

☐

Minería

☐

Silvicultura

☐

Comercio

☒

Manufactura

☐

Construcción

☐

Servicio Doméstico

☐

Transporte

☐

Pesca

☐

Metalmecánica

☐

Artesanía

☐

Vigilancia

☐

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

Ambulante

☒

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☐

No Registra

☐

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) Energía

Si

☐

No

☒

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☐

No

☒

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☐

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

☐

No Registra

☐

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 día marque 0)

Días

☒

	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.	 ESE 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 ☐

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?

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 ☐

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

PROTECCION ☐

PORVENIR ☐

BBVA HORIZONTE ☐

ING ☐

SKANDIA ☐

SKANDIA ALTERNATIVO ☐

COLFONDOS ☐

AVIADORES ☐

FONPRECON ☐

CAPRECOM ☐

ANTIOQUIA ☐

CAJANAL ☐

U DEL CAUCA ☐

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES ☐

Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones ☐

COLPENSIONES ☐

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

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

Kg

	9	4
1	5	9

cm

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

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57)

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

Días

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

Horas

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

59 ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

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 ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐

basuco ☐

cocaína ☐

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 ☐

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

Diario ☒

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.	 COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO FELIZ - 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 respondió 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)

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 meses?

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 lesión le ocasionó?(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐	Quemadura ☐
Luxación ☐	Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Torcedura, esguince, desgarró muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida ☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Trauma interno ☐	Asfixia ☐
Amputación ☐	Efecto de la electricidad ☐
Herida ☐	Efecto nocivo de la radiación ☐
Trauma Superficial ☐	Lesiones múltiples ☐
Golpe, contusión 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 múltiples ☐
Miembros superiores ☐	Lesiones generales u otras ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐	NoRegistra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

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 opción)

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 No sabe ☐ SI ☐ NO ☐ marca SI responder la preg.79, si marca NO/NO SABE responder la preg.78)

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.COMPROMETIDOS CON SU SALUD
POBLADO BIENO - 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 ☐

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

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

Ruido	☒	Iluminación	☐	Vibración	☐	Temperaturas extremas	☐
Radiaciones no ionizantes	☐	Presión atmosférica	☐			Radiaciones ionizantes	☐
Ninguno	☐	No Registra	☐				

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

Gestión organizacional	☐	Características de la organización del trabajo	☐	Características del grupo social de trabajo	☐
Condiciones de la tarea	☐	Interfase persona - tarea	☐	Jornada de trabajo	☐
No Registra	☐	Ninguno	☒		

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

Virus	☐	Bacterias	☐	Hongos	☐	Rickettsias	☐
Parásitos	☐	Picaduras	☐	Mordeduras	☐		
Fluidos o excrementos	☐	Ninguno	☒	No Registra	☐		

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

Mecánico	☐	Eléctrico	☐	Locativo	☐	Tecnológico	☐
Accidentes de tránsito	☐	Trabajo en alturas	☐	Espacios confinados	☐	Públicos	☐
No Registra	☐					Ninguno	☒

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

Manipulación manual de cargas	☐	Movimiento repetitivo	☐	Postura	☐	Ninguno	☒
				Esfuerzo	☐	No Registra	☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos	☐	Fibras	☐	Líquidos	☐	Humos	☐
Gases y vapores	☐	No Registra	☐	Ninguno	☐		

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la mas importante)

Sismo	☐	Terremoto	☐	Vendaval	☐	Inundación	☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales	☐	Sombrero	☒	Gorro o cachucha	☐	Ninguno	☐
Prendas de protección para la cabeza	☐	Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo	☐		☐	No Registra	☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

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

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐	NoRegistra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☒
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	NoRegistra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☒
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	NoRegistra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☒
Calzado dieléctrico	☐	Calzado antiestático	☐	NoRegistra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturón de seguridad	☐	Ninguno	☒
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo o	☐	NoRegistra	☒
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☒
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	NoRegistra	☐
Soldado y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	☐	Delantal plástico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI ☐	NO ☒
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI ☒	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 ☐	NO ☒
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☐	NO ☒
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☐	NO ☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI ☒	NO ☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI ☐	NO ☒

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
	Versión: 01 Vigencia: 07-2021	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☐

NO

☒

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☒

NO

☐

Nombre del Encuestado:

Clare

CC:

10093550

Firma del Encuestador:

Rafael Quetzagame

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 INFORMACIÓN DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL SECTOR INFORMAL. Versión 3. 2019-12-10."

N (n) → Número en el anexo técnico
↑
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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 2

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
1 2 : 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
1 2 : 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Mosquera

7 (5) Segundo apellido

Mena

8 (6) Primer nombre

Monic

9 (7) Segundo nombre

Marcelana

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

1093186384

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 6 9 1 0 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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

Calle Principal
Santa Cecilia

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☐ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número

3206965165

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

24 Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio

Calle Principal
Santa Cecilia

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 ☒

Cuál?

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

Casado ☐

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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☒
☐
☐
☐
☐

Técnico

☐
☐
☐
☐
☐

Ninguno

☐
☐

Primaria completa

Tecnólogo

No Registra

Secundaria incompleta

Universitario incompleta

Secundaria completa

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

☐
☐

Con el cónyuge

No Registra

☐
☐

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

5
2

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

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

Indígena

☐
☐
☐

Afro colombiano

☒
☐

LGBTI

☐
☐

Negro

☐
☐

ROM

No Registro

Raizal

Mestizo

Otro

¿Cuál?

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

Desplazado

☒

Desmovilizado

☐

Ninguno

☐

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☒
☐

Cambio climático

☐
☐

No Registra

☐
☐

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

☐
☒
☐
☐
☐

Ganadería

☐
☐
☐

Minería

☐
☐
☐

Silvicultura

☐
☐
☐

Comercio

Manufactura

Construcción

Servicio Doméstico

Transporte

Pesca

Metalmecánica

Artesanía

Vigilancia

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

Ambulante

☒

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☐

No Registra

☐

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) Energía

Si

☐
☐
☐
☐

No

☒
☒
☒
☒

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☐
☐
☐
☐

No

☒
☒
☒
☒

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☐
☐
☐
☐

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

☐

No Registra

☐

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

Horas

6
7

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

Días

0	1	2	3	4	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 COMROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICA - 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

☐

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?

cafe 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

CAPRECOM

ANTIOQUIA

CAJANAL

U DEL CAUCA

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES

Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones

COLPENSIONES

☐

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

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

Kg

	9	0
1	6	0

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

cm

	9	0
1	6	0

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?

Días

	3
	6

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

Horas

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

Meses

59 ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

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)

marihuana

☐

basuco

☐

cocaína

☐

otra

☐

NoRegistra

☐

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

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

Diario

☒

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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO 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 respondió 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)

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 meses?

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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐
Luxacion ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida ☐

Quemadura ☐
Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐

Trauma interno ☐
Amputacion ☐
Herida ☐
Trauma Superficial ☐
Golpe, contusion o aplastamiento ☐

Asfixia ☐
Efecto de la electricidad ☐
Efecto nocivo de la radiacion ☐
Lesiones múltiples ☐
NoRegistra ☐

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

Cabeza y cuello ☐
Oj os ☐
Torax ☐
Abdomen ☐
Miembros superiores ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐

Manos ☐
Miembros inferiores ☐
Pies ☐
Ubicaciones multiples ☐
Lesiones generales u otras ☐
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.	 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO 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 opción)

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 trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo o, muebles ☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐	

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

Caidas de personas ☐	Caidas de objetos ☐	Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐	Pisadas, choques o golpes ☐	
Exposición o contacto con temperatura extrema ☐	Exposición o contacto con la electricidad ☐	NoRegistra ☐
Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐		

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

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Días

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

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

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

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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO PILES - 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 ☐

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

88,1 (85) Físicos (marcar una, la más importante)

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

88,3 (87) Biológicos (marcar una, la más importante)

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

88,5 (89) Biomecánico (marcar una, la más importante)

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la más importante)

Polvos ☒ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☐

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la más importante)

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la más importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	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.	 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO ARCA - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antiruido	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☒
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☒
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☒
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslina	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☒
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☒
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	No Registra	☐
Soldeo y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☐	NO	☒
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☐	NO	☒

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
	Versión: 01 Vigencia: 07-2021	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☐

NO

☒

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

maria marcelino

CC:

1093186387

Firma del Encuestador:

Rubén Quintero

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 técnico
↑
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.	
	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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 2

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
1 : 3 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
3 : 0 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Kiseno

7 (5) Segundo apellido

Correa

8 (6) Primer nombre

Marc

9 (7) Segundo nombre

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

25001618

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 8 8 1 2 1 4

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐

No ☒

Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒

No ☐

Número

3195162353

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 ☒

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 ☒

Cuál?

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

Casado ☐

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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD

PUEBLO ABIG - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☒
☐
☐
☐

Técnico

☐
☐
☐
☐

Ninguno

☐
☐

Primaria completa

Tecnólogo

No Registra

Secundaria incompleta

Universitario incompleta

Secundaria completa

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

☐
☐

Con el cónyuge

No Registra

☐
☐

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

0	1
2	3

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

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

Indígena

☐
☐
☐

Afro colombiano

☐
☐

LGBTI

☐
☐

Negro

☐
☐

ROM

No Registro

☐
☐

Raizal

☐
☐

Mestizo

☒
☐

Otro

¿Cuál?

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

Desplazado

☒

Desmovilizado

☐

Ninguno

☐

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☒
☐

Cambio climático

☐
☐

No Registra

☐
☐

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

☐
☒
☐
☐
☐

Ganadería

☐
☐
☐

Minería

☐
☐
☐

Silvicultura

☐
☐
☐

Comercio

Manufactura

Construcción

Servicio Doméstico

Transporte

Pesca

Metalmecánica

Artesanía

Vigilancia

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

Ambulante

☐

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☒

No Registra

☐

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) Energía

Si

☒

No

☐

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☒

No

☐

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☒

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

(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

☐

No Registra

☐

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

Horas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

Días

0	1	2	3	4	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.	 ESE 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 ☐

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?

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 ☐

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

PROTECCION

PORVENIR

BBVA HORIZONTE

ING

SKANDIA

SKANDIA ALTERNATIVO

COLFONDOS

AVIADORES

FONPRECON

CAPRECOM

ANTIOQUIA

CAJANAL

U DEL CAUCA

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES

Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones

COLPENSIONES

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

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

Kg

5	9
1	2

cm

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

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57)

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

Días

2	1
---	---

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

Horas

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

Meses

59 ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

Cantidad

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

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)

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐

basuco ☐

cocaína ☐

otra ☐

NoRegistra ☐

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

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

Diario ☐

Semanal ☐

Quincenal ☒

Ocasional ☐

NoRegistra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD POBLADO RURAL RISARALDA</p>
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 respondió 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)

--	--

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

Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

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

SI ☐ NO ☒

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2, pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐
Luxacion ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida ☐

Quemadura ☐
Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐

Trauma interno ☐
Amputacion ☐
Herida ☐
Trauma Superficial ☐
Golpe, contusion o aplastamiento ☐

Asfixia ☐
Efecto de la electricidad ☐
Efecto nocivo de la radiacion ☐
Lesiones múltiples ☐
NoRegistra ☐

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

Cabeza y cuello ☐
Oj os ☐
Torax ☐
Abdomen ☐
Miembros superiores ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐

Manos ☐
Miembros inferiores ☐
Pies ☐
Ubicaciones multiples ☐
Lesiones generales u otras ☐
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.	 ESE 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 opción)

Maquinas y/o equipos	☐	Medios de transporte	☐	No Registra	☐
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 opción)

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	☐	No Registra	☐
Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras		☐			

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

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

Desconocimiento	☐	Falta de tiempo	☐	Poca importancia	☐	No Registra	☐
-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

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	☐	No Restra	☐
---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------

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	☐
		No Registro	☐

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

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	☐	No Registro	☐
-----------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------



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



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☒

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la mas importante)

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o carhucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	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 NUEVO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales ☐	Gafas de montura integral ☐	Ninguno ☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles ☐	Pantalla facial ☐	No Registra ☐
	Pantalla de soldadura de mano ☐	
	Pantalla de soldadura de cabeza ☐	

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejas ☐	Protectores auriculares ☐	Ninguno ☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable ☐	Cascos antirruído ☐	No Registra ☐

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

Tapabocas ☐	Mascaras para gases ☐	Ninguno ☒
Mascarillas autofiltrantes ☐	Mascaras para vapores ☐	No Registra ☐

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

Guantes de latex ☐	Guantes de Nitrilo ☐	Ninguno ☒
Guantes de Neopreno ☐	Guantes de Malla ☐	No Registra ☐

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

Calzado de seguridad ☐	Calzado de trabajo ☐	Ninguno ☒
Calzado dielectrico ☐	Calzado antiestatico ☐	No Registra ☐
Botas de caucho ☐		

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

Eslinga ☐	Cinturon de seguridad ☐	Ninguno ☒
Línea de vida ☐	Casco con barbuquejo o Arnes ☐	No Registra ☐
Mosquetones ☐		

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

Contra productos químicos líquidos ☐	Alta visibilidad ☐	Ninguno ☒
Propiedades electroestáticas ☐	Contra el frío ☐	No Registra ☐
Soldado y técnicas conexas ☐	Contra calor y llamas ☐	
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento ☐	Delantal plástico ☐	

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI ☒	NO ☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI ☒	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 ☐	NO ☒
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☒	NO ☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☒	NO ☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI ☒	NO ☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI ☒	NO ☐

	<p style="text-align: center;"> 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. </p> <div style="text-align: right;">  E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD </div>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒

NO

☐

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

MAYGI KISARA

CC:

250.01618

Firma del Encuestador:

Rubio Quintero

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	

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

Si ☐ No ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 2

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
3 : 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
4 : 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Veloz

7 (5) Segundo apellido

De Perea

8 (6) Primer nombre

Margarita

9 (7) Segundo nombre

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

30340913

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 5 4 0 6 2 2

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☐ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número 3168605577

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 ☒

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 ☒

Cuál?

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

Casado ☐

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.

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☐

Técnico

☐

Ninguno

☐

Primaria completa

☐

Tecnólogo

☐

No Registra

☐

Secundaria incompleta

☒

Universitario incompleta

☐

Secundaria completa

☐

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

☐

Con el cónyuge

☐

No Registra

☐

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

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

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

Indígena

☐

Afro colombiano

☐

LGBTI

☐

Negro

☐

ROM

☐

No Registro

☐

Raizal

☐

Mestizo

☒

Otro

☐

¿Cuál?

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

Desplazado

☐

Desmovilizado

☐

Ninguno

☒

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☐

Cambio climático

☐

No Registra

☐

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

☐

Ganadería

☐

Minería

☐

Silvicultura

☐

Comercio

☒

Manufactura

☐

Construcción

☐

Servicio Doméstico

☐

Transporte

☐

Pesca

☐

Metalmecánica

☐

Artesanía

☐

Vigilancia

☐

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

Ambulante

☐

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☒

No Registra

☐

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) Energía

Si

☒

No

☐

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☐

No

☒

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☒

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

☐

No Registra

☐

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 día marque 0)

Días

0	1	2	3	4	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.



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 respondió 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)

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

Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

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

SI ☐ NO ☒

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?

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 trabajo (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 lesión 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.		
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 opción)

Maquinas y/o equipos	☐	Medios de transporte	☐	No Registra	☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	☐	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	☐	Agentes no clasificados	☐
Ambiente de trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo o, muebles	☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	☐		

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

Caidas de personas	☐	Caidas de objetos	☐	Atrapamiento	☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	☐	Pisadas, choques o golpes	☐		
Exposición o contacto con temperatura extrema	☐	Exposición o contacto con la electricidad	☐	No Registra	☐
Exposición o contacto con sustancias novitas o radiaciones o saipicaduras	☐				

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

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

Desconocimiento	☐	Falta de tiempo	☐	Poca importancia	☐	No Registra	☐
-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

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	☐	No Registra	☐
---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Días ☐

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

Grupo organizado de trabajadores informales	☐	Empresa Prestadora de Servicios de Salud	☐
El trabajador o la familia	☐	Otro	☐
		No Registro	☐

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	☐	No Registro	☐
-----------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------



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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
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 ☒ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ NoRegistra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
NoRegistra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ NoRegistra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☐

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la mas importante)

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección 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.	
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

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

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejas	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐	NoRegistra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☒
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	NoRegistra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	NoRegistra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☐
Calzado dieléctrico	☐	Calzado antiestático	☐	NoRegistra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☐
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	NoRegistra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☐
		Contra el frío	☐	NoRegistra	☐
Propiedades electroestáticas	☐	Contra calor y llamas	☐		
Soldeo y técnicas conexas.	☐	Delantal plástico	☐		
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	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☐	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	☐	NO	☒
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☐	NO	☒
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☐	NO	☒

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p> <p style="text-align: right;">  <small>COMPROMETIDOS CON SU SALUD DEPARTAMENTO DE RISARALDA</small> </p>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒

NO

☐

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

MANGUITO

CC:

30.340413

Firma del Encuestador:

Rubén Quirógama

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

N (n) → Número en el anexo técnico
 ↑
 Número consecutivo del instrumento



DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Secretaría de Salud
GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA



ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
COMROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICO - RISARALDA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Si ☐ No ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 3

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
9 : 3 6

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
1 1 : 0 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

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

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

1053532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

García

7 (5) Segundo apellido

Martínez

8 (6) Primer nombre

Andrés

9 (7) Segundo nombre

Damián

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

1193410545

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 9 3 0 7 3 1

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 ☒ Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

Plaza Principal
Santa Cecilia

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☒ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número 3117009905

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 ☒ Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio

Plaza Principal
Santa Cecilia

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

DATOS SOCIODEMÓGRAFICOS

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

Si ☐ No ☐ Cuál?

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

Casado ☐ Viudo / Separado ☐ Soltero ☒ Unión Marital de Hecho ☐

Divorciado ☐

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

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

Primaria incompleta	☐	Técnico	☒	Ninguno	☐
Primaria completa	☐	Tecnólogo	☐	No Registra	☐
Secundaria incompleta	☐	Universitario incompleta	☐		
Secundaria completa	☒	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	☐
Con el cónyuge	☒	No Registra	☐

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

0	1
2	3

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	☐	No Registro	☐	Raizal	☐	Mestizo	☐
Otro	☐	¿Cuál?					

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

Desplazado	☒	Desmovilizado	☐	Ninguno	☐	No Registra	☐
------------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------	-------------	--------------------------

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

Violencia sociopolítica	☒	Cambio climático	☐	No Registra	☐
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	☐	Ganadería	☐	Minería	☐	Silvicultura	☐
Comercio	☒	Manufactura	☐	Construcción	☐	Servicio Domestico	☐
Transporte	☐	Pesca	☐	Metalmecánica	☐	Artesanía	☐
Vigilancia	☐						

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

Ambulante	☐	Semiestacionaria	☐	Estacionaria	☒	No Registra	☐
-----------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	-------------	--------------------------

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) Energía	Si	☒	No	☐	39,4) Gas	Si	☐	No	☐
39,2 (32) Acueducto	Si	☒	No	☐					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	☒	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	☐	No Registra	☐
--------	-------------------------------------	----------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------

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 día marque 0)

Días

0	1	2	3	4	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.	
	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

☐**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? 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

☐

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 CONDICIÓN DE VIDA**

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

Kg

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

cm

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?

Días

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

☐

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

Meses

59 ¿Cuál es 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

☐

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

☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana

☐

basuco

☐

cocaína

☐

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

☐

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

Diario

☒

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.	
	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 respondió 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)

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 meses?

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 lesión 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, desgarró muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, 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.	 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO NUEVO - 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 opción)

Maquinas y/o equipos	☐	Medios de transporte	☐	No Registra	☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios	☐	Materiales o sustancias incluye las radiaciones	☐	Agentes no clasificados	☐
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles	☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales	☐		

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

Caidas de personas	☐	Caidas de objetos	☐	Atrapamiento	☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento	☐	Pisadas, choques o golpes	☐		
Exposición o contacto con temperatura extrema	☐	Exposición o contacto con la electricidad	☐	No Registra	☐
Exposición o contacto con sustancias novitas 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	☐	No Registra	☐
-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------	--------------------------

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	☐	No Registra	☐
---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Dias

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

Grupo organizado de trabajadores informales	☐	Empresa Prestadora de Servicios de Salud	☐
El trabajador o la familia	☐	Otro	☐
No Registro		☐	

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	☐	No Registro	☐
-----------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------



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



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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 ☐

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

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

Ruido ☐ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☒

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la mas importante)

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	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.	 COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO NIÑO - RISARALDA
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☐
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejas	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☐
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☐
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestático	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☐
Linea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☐
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	No Registra	☐
Soldeo y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☒	NO	☐
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☒	NO	☐

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

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI



NO



100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI



NO



101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI



NO



Nombre del Encuestado:

AOLY DAMAYIS

CC:

1193410545

Firma del Encuestador:

Rubén Queregame

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."

$\uparrow$ **N** (n) $\longrightarrow$ Número en el anexo técnico
 Número consecutivo del instrumento

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

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

Si ☐ No ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 3

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
8 : 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
9 : 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

109352861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Mosquera

7 (5) Segundo apellido

Gomez

8 (6) Primer nombre

Manuel

9 (7) Segundo nombre

Francisco

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

119351061

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
5 9 0 1 0 6

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

Plaza Principal

18 (12) Dirección residencia

Santa Cecilia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☒ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número

3126576219

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 ☒

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

Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Si ☐

No ☒

Cuál?

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

Casado ☐

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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD

PUERTO PEÑÓN - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☐
☒
☐
☐

Técnico

☐
☐
☐
☐

Ninguno

☐
☐

Primaria completa

Tecnólogo

No Registra

Secundaria incompleta

Universitario incompleta

Secundaria completa

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

☐
☐

Con el cónyuge

No Registra

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

6
2

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

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

Indígena

☐
☐
☐

Afro colombiano

☒
☐

LGBTI

☐
☐

Negro

☐
☐

ROM

No Registro

Raizal

Mestizo

Otro

¿Cuál?

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

Desplazado

☒

Desmovilizado

☐

Ninguno

☐

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☒
☐

Cambio climático

☐
☐

No Registra

☐

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

☐
☒
☐
☐
☒

Ganadería

☐
☐
☐

Minería

☐
☐
☐

Silvicultura

☐
☐
☐

Comercio

Manufactura

Construcción

Servicio Doméstico

Transporte

Pesca

Metalmecánica

Artesanía

Vigilancia

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

Ambulante

☐

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☒

No Registra

☐

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) Energía

Si

☒
☒
☒

No

☐
☐
☐

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☒
☒
☒

No

☐
☐
☐

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☒
☒
☒

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

4
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

☐

No Registra

☐

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

Horas

1	5
---	---

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

Días

0	1	2	3	4	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 NEGRO - 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 ☐

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?

Dagoberto

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
cm

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

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?

Días

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 ☒

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

Meses

59 ¿Cuál es 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 ☒

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Ocasional ☐

No Registra ☐

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? (si marco NO pasar a la pregunta 64)

SI ☐ NO ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐ basuco ☐ cocaína ☐ otra ☐

No Registra ☐

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

SI ☒ NO ☐

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

Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☒ Ocasional ☐

No Registra ☐



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.



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 respondió 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)

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 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó?(Marcar solo una)(si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐	Quemadura ☐
Luxación ☐	Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida ☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Trauma interno ☐	Asfixia ☐
Amputación ☐	Efecto de la electricidad ☐
Herida ☐	Efecto nocivo de la radiación ☐
Trauma Superficial ☐	Lesiones múltiples ☐
Golpe, contusión o aplastamiento ☐	NoRegistra ☐

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

Cabeza y cuello ☐	Manos ☐
Ojos ☐	Miembros inferiores ☐
Tórax ☐	Pies ☐
Abdomen ☐	Ubicaciones múltiples ☐
Miembros superiores ☐	Lesiones generales u otras ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula 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 PUERTO 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 opción)

Maquinas y/o equipos ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐

Ambiente de trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo o muebles ☐

Medios de transporte ☐

Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐

Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

No Registra ☐

Agentes no clasificados ☐

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

Caidas de personas ☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐

Exposición o contacto con temperatura extrema ☐

Caidas de objetos ☐

Pisadas, choques o golpes ☐

Exposición o contacto con la electricidad ☐

Atrapamiento ☐

No Registra ☐

Exposición o contacto con sustancias novitas o radiaciones o salpicaduras ☐

77 (75) ¿Informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (si No sabe ☐ SI ☐ NO ☐

marca SI responder la preg.79, si marca NO/NO SABE responder la preg.78)

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

Desconocimiento ☐

Falta de tiempo ☐

Poca importancia ☐

No Registra ☐

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 ☐

No Registra ☐

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Dias ☐

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐

Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabajador o la familia ☐

Otro ☐

No Registro ☐

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)

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

Sensorial ☐

Motriz ☐

Mental ☐

No Registro ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>COMPROMETIDOS CON SU SALUD</p>
<p>Versión: 01</p>	<p>Vigencia: 07-2021</p>	

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 ☐

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

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

Ruido ☐	Iluminación ☐	Vibración ☐	Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐	Presión atmosférica ☐	Radiaciones ionizantes ☐	
Ninguno ☐	No Registra ☐		

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

Gestión organizacional ☐	Características de la organización del trabajo ☐	Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐	Interfase persona - tarea ☐	Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐	Ninguno ☐	

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

Virus ☒	Bacterias ☐	Hongos ☐	Rickettsias ☐
Parásitos ☐	Picaduras ☐	Mordeduras ☐	
Fluidos o excrementos ☐	Ninguno ☐	No Registra ☐	

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

Mecánico ☐	Eléctrico ☐	Locativo ☐	Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐	Trabajo en alturas ☐	Espacios confinados ☐	Públicos ☐
No Registra ☐			Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐	Movimiento repetitivo ☒	Postura ☐	Ninguno ☒
		Esfuerzo ☐	No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐	Fibras ☐	Líquidos ☐	Humos ☐
Gases y vapores ☐	No Registra ☐	Ninguno ☒	

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la mas importante)

Sismo ☐	Terremoto ☐	Vendaval ☐	Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐	Sombrero ☐	Gorro o cachucha ☐	Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐	Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐		No Registra ☐

	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.		 COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO NICO - RISARALDA
	Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos anti ruido	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☒
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☒
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☒
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☒
Linea de vida	☐	Casco con barbuquejo o	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos quimicos liquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☒
Propiedades electroestaticas	☐	Contra el frio	☐	No Registra	☐
Soldeo y tecnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☐	NO	☒
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☒	NO	☐

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

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

7
7

NO

2

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

7
7

NO

2

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

NO

2

Nombre del Encuestado:

Manuel Francisco

CC:

19351061

Firma del Encuestador:

Rublan Quiragame

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."

$\uparrow$ **N** (n) —————> Número en el anexo técnico
 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.	
	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 ☒

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

Y Y Y Y M M D D
2 0 2 2 1 1 0 3

2 Hora de inicio (HH:MM):

H H M M
2 1 : 0 0

3 Hora de finalización (HH:MM):

H H M M
1 2 : 3 0

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

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

1053532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

Gonzalez

7 (5) Segundo apellido

Akila

8 (6) Primer nombre

Paola

9 (7) Segundo nombre

Andrea

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

11 (3) Número de documento

1088237002

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1 9 8 6 0 1 1 1

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

Plaza Principal
Santa Cecilia

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

Si ☐ No ☐ Número

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

Si ☒ No ☐ Número

32187879

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

24 Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio

Plaza Principal
Santa Cecilia

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 ☒

Cuál?

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

Casado ☐

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.

COMPROMETIDOS CON SU SALUD
POR SU MUNICIPIO - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☐

Técnico

☒

Ninguno

☐

Primaria completa

☐

Tecnólogo

☐

No Registra

☐

Secundaria incompleta

☐

Universitario incompleta

☐

Secundaria completa

☒

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

☐

Con el cónyuge

☒

No Registra

☐

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

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

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

Indígena

☐

Afro colombiano

☒

LGBTI

☐

Negro

☐

ROM

☐

No Registro

☐

Raizal

☐

Mestizo

☐

Otro

☐

¿Cuál?

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

Desplazado

☒

Desmovilizado

☐

Ninguno

☐

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☒

Cambio climático

☐

No Registra

☐

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

☐

Ganadería

☐

Minería

☐

Silvicultura

☐

Comercio

☒

Manufactura

☐

Construcción

☐

Servicio Doméstico

☐

Transporte

☐

Pesca

☐

Metalmeccánica

☐

Artesanía

☐

Vigilancia

☐

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

Ambulante

☐

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☐

No Registra

☐

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) Energía

Si

☒

No

☐

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☒

No

☐

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☒

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

☐

No Registra

☐

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 día marque 0)

Días

☒

	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.	 ESE 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 ☐

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? medimás

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 CONDICIÓN DE VIDA

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

Kg

	6	8
1	3	9

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

cm

	1	3	9
--	---	---	---

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? Días

--	--

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 ☒

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

Meses

59 ¿Cuál es 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 ☒

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 ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐ basuco ☐ cocaína ☐ 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 ☐

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

Diario ☐ Semanal ☒ Quincenal ☐ Ocasional ☐ NoRegistra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>COMROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO ENERO - RISARALDA</p>
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 respondió 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)

--	--

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

Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

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

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73.2. pasar a la pregunta 83)

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

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

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

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

Maquinas y/o equipos ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐

Ambiente de trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles ☐

Medios de transporte ☐

Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐

Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

No Registra ☐

Agentes no clasificados ☐

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

Caidas de personas ☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐

Exposición o contacto con temperatura extrema ☐

Caidas de objetos ☐

Pisadas, choques o golpes ☐

Exposición o contacto con la electricidad ☐

Atrapamiento ☐

No Registra ☐

Exposición o contacto con sustancias novitas o radiaciones o salpicaduras ☐

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

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

Desconocimiento ☐

Falta de tiempo ☐

Poca importancia ☐

No Registra ☐

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 ☐

No Registra ☐

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Días

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐

Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabajador o la familia ☐

Otro ☐

No Registro ☐

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 ☐

No Registro ☐



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



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☐
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☐ No Registro ☐
SI ☐ NO ☒

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

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

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

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

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

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales ☐	Gafas de montura integral ☐	Ninguno ☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles ☐	Pantalla facial ☐	No Registra ☐
	Pantalla de soldadura de mano ☐	
	Pantalla de soldadura de cabeza ☐	

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejas ☐	Protectores auriculares ☐	Ninguno ☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable ☐	Cascos antirruído ☐	No Registra ☐

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

Tapabocas ☐	Mascaras para gases ☐	Ninguno ☒
Mascarillas autofiltrantes ☐	Mascaras para vapores ☐	No Registra ☐

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

Guantes de latex ☐	Guantes de Nitrilo ☐	Ninguno ☒
Guantes de Neopreno ☐	Guantes de Malla ☐	No Registra ☐

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

Calzado de seguridad ☐	Calzado de trabajo ☐	Ninguno ☒
Calzado dielectrico ☐	Calzado antiestatico ☐	No Registra ☐
Botas de caucho ☐		

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

Eslinga ☐	Cinturon de seguridad ☐	Ninguno ☒
Línea de vida ☐	Casco con barbuquejo ☐	No Registra ☐
Mosquetones ☐	Arnes ☐	

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

Contra productos químicos líquidos ☐	Alta visibilidad ☐	Ninguno ☒
Propiedades electroestáticas ☐	Contra el frío ☐	No Registra ☐
Soldeo y técnicas conexas ☐	Contra calor y llamas ☐	
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento ☐	Delantal plástico ☐	

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI ☒	NO ☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI ☒	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 ☒	NO ☐
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☒	NO ☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☒	NO ☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI ☒	NO ☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI ☒	NO ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
	Versión: 01 Vigencia: 07-2021	

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒

NO

☐

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

Paola Andra

CC:

1098237002

Firma del Encuestador:

Rubian Quiceno

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 técnico
↑
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.



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)

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

2 Hora de inicio (HH:MM):

3 Hora de finalización (HH:MM):

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

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

6 (4) Primer apellido

Cosin

8 (6) Primer nombre

Dany

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M D
1 9 9 5 1 2

14 Departamento de residencia:

Risaralda

16 (11) Zona de Residencia

Urbano ☒

Centro poblado ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

21 Departamento donde realiza su oficina u ocupación

Risaralda

23 Zona donde realiza su oficina u ocupación

Urbano ☒

Centro poblado ☐

24 Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficina u ocupación

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

Si ☐

No ☒

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

Casado ☐

Divorciado ☐

Viudo / Separado ☐

Cuál?

☐

Soltero ☒

Unión Marital de Hecho ☐

Y Y Y Y M D
2 0 1 2 1 1
H H M M
2 0
H H M M
2 0
CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐
1093532861

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

7 (5) Segundo apellido

Juveno

9 (7) Segundo nombre

11 (3) Número de documento

1088248639

13 (9) Sexo

Masculino ☐

Femenino ☒

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

15 (10) Municipio de residencia

Pueblo Rico

Área rural dispersa ☐

plaza principal

san cecilia

Si ☐ No ☒ Número ☐ Número ☐

22 Municipio donde realiza su oficina u ocupación

Pueblo Rico

Área rural dispersa ☐

plaza principal

san cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

28 (31) ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?

Cuál?

☐

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.



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta
Primaria completa
Secundaria incompleta
Secundaria completa

☐
☒
☐
☐

Técnico
Tecnólogo
Universitario incompleta
Universitario completa

Si ☒ No ☐
Con otros ☐
No Registra ☐

Ninguno
No Registra

☐
☐

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia?

Con nadie
Con el cónyuge

☐
☒

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

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

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

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

Indígena
ROM
Otro

☐
☐
☐

Afro colombiano
No Registro

☒
☐

LGBTI
Raizal

☐
☐

Negro
Mestizo

☐
☐☐
☐

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

Desplazado
Desmovilizado

☐
☐

Cambio climático
Otro

Ninguno

☒
☐

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica
Desastre natural

☐
☐

Cambio climático
Otro

☐
☐

No Registra

☐

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

Agricultura
Comercio
Transporte
Industria

☒
☐
☐
☐

Ganadería
Manufactura
Pesca

☐
☐
☐

Minería
Construcción
Metalmeccánica

☐
☐
☐

Silvicultura
Servicio Doméstico
Artesanía

☐
☐
☐

¿En qué modalidad realiza su oficio u ocupación?

Semiestacionaria

Familiar

Usufructo u ocupación de hecho

☒
☐
☐

No

No

No

No

¿En qué lugar desarrolla su oficio u ocupación?

39,4) Gas

☐
☐

Si

☐

No

☐

¿Cuántos años de los productos (bienes y/o servicios) ejerciendo su oficio u ocupación?

año, escriba 0 en años

¿Realiza su oficio u ocupación?

Nocturna

☐

Mixta

☐

¿Cuántas horas de 0 a 24 horas (Si es menor a 1 hora, escriba 0)

¿Cuántos días de 0 a 1 día marque 0

Días

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

No Registra

Horas

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

Menos de un salario mínimo ☒ Más de un salario mínimo ☐ 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 ☐ 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?

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 ☐

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 CONDICIÓN DE VIDA

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

Kg
cm

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

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?

Días

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 ☒

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

Meses

59 ¿Cuál es 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 ☒

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 ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐ basuco ☐ cocaína ☐ 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 ☐

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

Diario ☒ 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.



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 respondió 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)

--	--

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

Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐ NoRegistra ☐

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

SI ☐ NO ☐

72 (66) ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐	Quemadura ☐
Luxación ☐	Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida ☐	Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐
Trauma interno ☐	Asfixia ☐
Amputación ☐	Efecto de la electricidad ☐
Herida ☐	Efecto nocivo de la radiación ☐
Trauma Superficial ☐	Lesiones múltiples ☐
Golpe, contusión o aplastamiento ☐	NoRegistra ☐

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

Cabeza y cuello ☐	Manos ☐
Ojos ☐	Miembros inferiores ☐
Torax ☐	Pies ☐
Abdomen ☐	Ubicaciones múltiples ☐
Miembros superiores ☐	Lesiones generales u otras ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis ☐	NoRegistra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

Maquinas y/o equipos ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐

Ambiente de trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo o, muebles ☐

Medios de transporte ☐

Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐

Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

No Registra Agentes no clasificados ☐

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

Caidas de personas ☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐

Exposición o contacto con temperatura extrema ☐

Caidas de objetos ☐

Pisadas, choques o golpes ☐

Exposición o contacto con la electricidad ☐

Atrapamiento ☐

No Registra ☐

Exposición o contacto con sustancias novitas 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 ☐

No Registra ☐

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 ☐

No Registra ☐

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0) Cantidad Días ☐

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐

Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabajador o la familia ☐

Otro ☐

No Registro ☐

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 ☐

No Registro ☐

	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.	 ESE 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 ☒ Regular ☐ Mala ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
 Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
 Ninguno ☐ NoRegistra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
 Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
 NoRegistra ☐ Ninguno ☒

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
 Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
 Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ NoRegistra ☒

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
 Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
 NoRegistra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☒ Postura ☐ Ninguno ☐
 Esfuerzo ☐ NoRegistra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
 Gases y vapores ☐ NoRegistra ☐ Ninguno ☐

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
 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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

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

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

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales ☐	Gafas de montura integral ☐	Ninguno ☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles ☐	Pantalla facial ☐	No Registra ☐
	Pantalla de soldadura de mano ☐	
	Pantalla de soldadura de cabeza ☐	

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejas ☐	Protectores auriculares ☐	Ninguno ☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable ☐	Cascos antirruído ☐	No Registra ☐

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

Tapabocas ☐	Mascaras para gases ☐	Ninguno ☒
Mascarillas autofiltrantes ☐	Mascaras para vapores ☐	No Registra ☐

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

Guantes de latex ☐	Guantes de Nitrilo ☐	Ninguno ☒
Guantes de Neopreno ☐	Guantes de Malla ☐	No Registra ☐

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

Calzado de seguridad ☐	Calzado de trabajo ☐	Ninguno ☒
Calzado dielectrico ☐	Calzado antiestatico ☐	No Registra ☐
Botas de caucho ☐		

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

Eslinga ☐	Cinturon de seguridad ☐	Ninguno ☒
Línea de vida ☐	Casco con barbuquejo ☐	No Registra ☐
Mosquetones ☐	Arnes ☐	

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

Contra productos químicos líquidos ☐	Alta visibilidad ☐	Ninguno ☒
Propiedades electroestáticas ☐	Contra el frío ☐	No Registra ☐
Soldado y técnicas 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 ☒	NO ☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI ☒	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 ☐	NO ☒
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☒	NO ☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI ☒	NO ☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI ☒	NO ☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI ☒	NO ☐

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

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

+
+
+

NO

+

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

+
+
+

NO

+

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

NO

+

Nombre del Encuestado:

DWIV

CC:

1088 278639

Firma del Encuestador:

Rubén Quispe

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 técnico

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.	 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
	Versión: 01	

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

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

2 Hora de inicio (HH:MM):

3 Hora de finalización (HH:MM):

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

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

Si ☐ No ☒

Y Y Y Y M M D D

2 0 2 2 1 1 0 3

H H M M

2 3 1 0

H H M M

4 0 0

CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

matute

8 (6) Primer nombre

Rubiel

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐

PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D

1 9 5 4 1 0 2 0

7 (5) Segundo apellido

garcía

9 (7) Segundo nombre

antonio

11 (3) Número de documento

4.351188

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación

Risaralda

Si ☐ No ☒ Número

Si ☒ No ☐ Número

2165118598

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación

Pueblo Rico

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación

Urbano ☒

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

Santa Cecilia

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Si ☐

No ☒

Cuál?

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

Casado ☐

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.

COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO TRIUNFO - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

☐

Técnico

☐

Ninguno

☐

Primaria completa

☐

Tecnólogo

☐

No Registra

☐

Secundaria incompleta

☒

Universitario incompleta

☐

Secundaria completa

☐

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

☐

Con el cónyuge

☒

No Registra

☐

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

1
1

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

1
1

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

Indígena

☐

Afro colombiano

☒

LGBTI

☐

Negro

☐

ROM

☐

No Registro

☐

Raizal

☐

Mestizo

☐

Otro

☐

¿Cuál?

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

Desplazado

☐

Desmovilizado

☐

Ninguno

☒

No Registra

☐

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

Violencia sociopolítica

☐

Cambio climático

☐

No Registra

☐

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

☐

Ganadería

☐

Minería

☐

Silvicultura

☐

Comercio

☒

Manufactura

☐

Construcción

☐

Servicio Doméstico

☐

Transporte

☐

Pesca

☐

Metalmeccánica

☐

Artesanía

☐

Vigilancia

☐

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

Ambulante

☒

Semiestacionaria

☐

Estacionaria

☐

No Registra

☐

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) Energía

Si

☐

No

☒

39,4) Gas

Si

☐

No

☐

39,2 (32) Acueducto

Si

☐

No

☒

39,3 (33) Alcantarillado

Si

☐

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

2	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

☒

No Registra

☐

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)

Días

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

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA	 E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
	INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN 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

☐

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?

medinas

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

	9	5
1	7	8

cm

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

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?

Días

☐

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

☒

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

Meses

☐

59 ¿Cuál es 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

☒

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

☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana

☐

basuco

☐

cocaína

☐

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

☒

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

Diario

☐

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.



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

☒

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 respondió NO, diligenciar la pregunta 69 y 70, de lo contrario diligenciar de la preg. 71 en adelante.

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

Cantidad

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

Trabajo 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 meses?

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 trabajo (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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura

☐

Quemadura

☐

Luxacion

☐

Envenenamiento o intoxicación 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 intoxicación aguda o alergia

☐

Trauma interno

☐

Asfixia

☐

Amputacion

☐

Efecto de la electricidad

☐

Herida

☐

Efecto nocivo de la radiación

☐

Trauma Superficial

☐

Lesiones múltiples

☐

Golpe, contusion o aplastamiento

☐

NoRegistra

☐

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

Cabeza y cuello

☐

Manos

☐

Ojos

☐

Miembros inferiores

☐

Torax

☐

Pies

☐

Abdomen

☐

Ubicaciones multiples

☐

Miembros superiores

☐

Lesiones generales u otras

☐

Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis

☐

NoRegistra

☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

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 trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo o, muebles ☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐	

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

Caidas de personas ☐	Caidas de objetos ☐	Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐	Pisadas, choques o golpes ☐	
Exposición o contacto con temperatura extrema ☐	Exposición o contacto con la electricidad ☐	NoRegistra ☐
Exposición o contacto con sustancias novitas 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)

SI ☐ NO ☐ No sabe ☐

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 ☐	NoRegistra ☐
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

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

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

81 (78) ¿Cuántos días dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Días

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

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

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

SI ☐ NO ☐

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.

COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO SIGO - 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 ☐

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

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

Ruido	☐	Iluminación	☐	Vibración	☐	Temperaturas extremas	☐
Radiaciones no ionizantes	☐	Presión atmosférica	☐	Radiaciones ionizantes	☐		
Ninguno	☐	No Registra	☐				

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

Gestión organizacional	☐	Características de la organización del trabajo	☐	Características del grupo social de trabajo	☐
Condiciones de la tarea	☐	Interfase persona - tarea	☐	Jornada de trabajo	☐
No Registra	☐	Ninguno	☐		

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

Virus	☐	Bacterias	☐	Hongos	☐	Rickettsias	☐
Parásitos	☐	Picaduras	☐	Mordeduras	☐		
Fluidos o excrementos	☐	Ninguno	☒	No Registra	☐		

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

Mecánico	☐	Eléctrico	☐	Locativo	☐	Tecnológico	☐
Accidentes de tránsito	☐	Trabajo en alturas	☐	Espacios confinados	☐	Públicos	☐
No Registra	☐					Ninguno	☒

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

Manipulación manual de cargas	☐	Movimiento repetitivo	☐	Postura	☐	Ninguno	☐
				Esfuerzo	☐	No Registra	☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos	☐	Fibras	☐	Líquidos	☐	Humos	☐
Gases y vapores	☐	No Registra	☐	Ninguno	☒		

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

Sismo	☐	Terremoto	☐	Vendaval	☐	Inundación	☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales	☐	Sombrero	☐	Gorro o cachucha	☐	Ninguno	☒
Prendas de protección para la cabeza	☐	Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo	☐	No Registra	☐		

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☐
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☐
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☒	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☐
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☐
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☐
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	No Registra	☐
Soldeo y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plástico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☐	NO	☒
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☐	NO	☒
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☐	NO	☒

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p> <p style="text-align: right;">  <small>COMPROMETIDOS CON SU SALUD POBLADO RICA - RISARALDA</small> </p>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

+

NO

+
+

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

+

NO

+

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos, líquidos y sólidos?

SI

NO

+

Nombre del Encuestado:

Rubiel Antonio

CC:

4.351188

Firma del Encuestador:

Rubiel Antonio

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 técnico

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	

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

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

2 Hora de inicio (HH:MM):

3 Hora de finalización (HH:MM):

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

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

Y				Y				Y				Y				SI		No	
2				0				2				2				M		M	
H				H				M				M				D		D	
8				:				0				0							
H				H				M				M				CD		PE	
9				:				3				0							
CC				CE				PA				CD				PE			
1093532861																			

6 (4) Primer apellido

8 (6) Primer nombre

10 (2) Tipo documento

CC	CE	CD	DE
PE	SC	TI	PA

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y				Y				Y				Y				M		M	
1				9				8				2				D		D	
0				4				:				0				2			

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

7 (5) Segundo apellido

9 (7) Segundo nombre

11 (3) Número de documento

13 (9) Sexo

Masculino

Femenino

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia:

15 (10) Municipio de residencia

16 (11) Zona de Residencia

Urbano

Centro poblado

Área rural dispersa

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación

Urbano

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

Cuál?

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

Casado

Viudo / Separado

Soltero

Unión Marital de Hecho

Divorciado

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

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

Primaria incompleta	☐	Técnico	☐	Ninguno	☐
Primaria completa	☐	Tecnólogo	☐	No Registra	☐
Secundaria incompleta	☐	Universitario incompleta	☐		
Secundaria completa	☒	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	☐
Con el cónyuge	☒	No Registra	☐

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

3
3

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

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

Indígena	☐	Afro colombiano	☐	(LGBT)	☐	Negro	☐
ROM	☐	No Registro	☐	Raizal	☐	Mestizo	☒
Otro	☐	¿Cuál?					

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

Desplazado	☐	Desmovilizado	☐	Ninguno	☒	No Registra	☐
------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	-------------	--------------------------

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

Violencia sociopolítica	☐	Cambio climático	☐	No Registra	☐
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	☐	Ganadería	☐	Minería	☐	Silvicultura	☐
Comercio	☒	Manufactura	☐	Construcción	☐	Servicio Doméstico	☐
Transporte	☐	Pesca	☐	Metalmecánica	☐	Artesanía	☐
Vigilancia	☐						

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

Ambulante	☐	Semiestacionaria	☐	Estacionaria	☐	No Registra	☐
-----------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------	--------------------------

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) Energía	Si	☒	No	☐	39,4) Gas	Si	☐	No	☐
39,2 (32) Acueducto	Si	☒	No	☐					
39,3 (33) Alcantarillado	Si	☒	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 ☐ 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	☐	No Registra	☐
--------	-------------------------------------	----------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------

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

Horas ☐ 6 ☐

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

Días

0	1	2	3	4	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 NEGRO - 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 ☐

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?

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 ☒

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

PROTECCION

PORVENIR

BBVA HORIZONTE

ING

SKANDIA

SKANDIA ALTERNATIVO

COLFONDOS

AVIADORES

FONPRECON

CAPRECOM

ANTIOQUIA

CAJANAL

U DEL CAUCA

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES

Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones

COLPENSIONES

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

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

Kg

6	1
1	5

cm

SI ☒

NO ☐

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

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57)

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

Días

3
5

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

Horas

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

59 ¿Cuál es el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario ☐

Semanal ☐

Quincenal ☐

Ocasional ☒

NoRegistra ☐

SI ☐

NO ☒

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? (si marco NO pasar a la pregunta 64)

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐

basuco ☐

cocaína ☐

otra ☐

NoRegistra ☐

SI ☒

NO ☐

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

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

Diario ☐

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.



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 respondió 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)

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

Trabaj o ☐

Hogar ☐

Otro ☐

No Registra ☐

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 meses?

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

73,2 (68) Un accidente de trabajo (si marca SI diligenciar desde la preg. 74 a la preg. 82)

73,4 (69) Una enfermedad de origen común

73,5 (70) Una enfermedad de origen ocupacional

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

Fractura ☐

Luxacion ☐

Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida ☐

Trauma interno ☐

Amputacion ☐

Herida ☐

Trauma Superficial ☐

Golpe, contusion o aplastamiento ☐

Quemadura ☐

Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐

Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐

Asfixia ☐

Efecto de la electricidad ☐

Efecto nocivo de la radiacion ☐

Lesiones múltiples ☐

No Registra ☐

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

Cabeza y cuello ☐

Ojos ☐

Torax ☐

Abdomen ☐

Miembros superiores ☐

Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐

Manos ☐

Miembros inferiores ☐

Pies ☐

Ubicaciones multiples ☐

Lesiones generales u otras ☐

No Registra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

Maquinas y/o equipos ☐

Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐

Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo o, muebles ☐

Medios de transporte ☐

Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐

Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

No Registra
Agentes no clasificados ☐

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

Caidas de personas ☐

Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐

Exposición o contacto con temperatura extrema ☐

Caidas de objetos ☐

Pisadas, choques o golpes ☐

Exposición o contacto con la electricidad ☐

Atrapamiento ☐

No Registra ☐

Exposición 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)

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

Desconocimiento ☐

Falta de tiempo ☐

Poca importancia ☐

No Registra ☐

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 ☐

No Registra ☐

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Dias ☐

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐

Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabajador o la familia ☐

Otro ☐

No Registro ☐

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 ☐

No Registro ☐



DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Secretaría de Salud

GESTIÓN EN SALUD

SALUD PÚBLICA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN
DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.



Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

☐

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

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

Ruido

☒

Iluminación

☐

Vibración

☐

Temperaturas extremas

☐

Radiaciones no ionizantes

☐

Presión atmosférica

☐

Radiaciones ionizantes

Ninguno

☐

No Registra

☐

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

Gestión

organizacional

☐

Características de la
organización del trabajo

☐

Características del grupo social
de trabajo

☐

Condiciones de la
tarea

☐

Interfase persona - tarea

☐

Jornada de trabajo

☐

No Registra

☐

Ninguno

☐

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

Virus

☐

Bacterias

☐

Hongos

☐

Rickettsias

☐

Parásitos

☐

Picaduras

☒

Mordeduras

☐

Fluidos o
excrementos

☐

Ninguno

☐

No Registra

☐

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

Mecánico

☐

Eléctrico

☐

Locativo

☐

Tecnológico

☐

Accidentes de
tránsito

☐

Trabajo en
alturas

☐

Espacios
confinados

☐

Públicos

☐

No Registra

☐

Ninguno

☐

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

Manipulación
manual de cargas

☐

Movimiento
repetitivo

☒

Postura

☒

Ninguno

☐

Esfuerzo

☒

No Registra

☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos

☐

Fibras

☐

Líquidos

☐

Humos

☐

Gases y vapores

☐

No Registra

☐

Ninguno

☐

88,7 (91) Fenómeno natural (marcar una, la mas importante)

Sismo

☐

Terremoto

☐

Vendaval

☐

Inundación

☐

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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales

☐

Sombrero

☐

Gorro o cachucha

☐

Ninguno

☒

Prendas de protección para la
cabeza

☐

Cubrecabezas ligeros de protección del cuero
cabelludo

☐

No Registra

☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antirruído	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☒	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☒
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☒
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslinga	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☐
Línea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☐
Propiedades electroestáticas	☐	Contra el frío	☐	No Registra	☐
Soldeo y técnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?	SI	☒	NO	☐
92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar?	SI	☒	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	☐	NO	☒
95 (105) Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☐	NO	☐
96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación	SI	☒	NO	☐
97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	☒	NO	☐
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o	SI	☒	NO	☐

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p> <div style="text-align: right;">  <small>COMPROMETIDOS CON SU SALUD QUE SE LE RAYÓ - RISARALDA</small> </div>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒

NO

☐

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☒

NO

☐

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐

NO

☒

Nombre del Encuestado:

Silvia

CC:

25001374

Firma del Encuestador:

Rubén Rodríguez

NOTA: El número consecutivo del instrumento es el que está en negrita, el número entre paréntesis es el número 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 técnico
 ↑
 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.	
	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)

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

2 Hora de inicio (HH:MM):

3 Hora de finalización (HH:MM):

4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

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

Si ☐ No ☒

Y Y Y Y M M D D

2 0 2 2 1 1 0 4

H H M M

9 3 0

H H M M

1 1 0 0

CC X CE PA CD PE

1093532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido

muños

8 (6) Primer nombre

Hueso

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐

PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D

1 9 7 7 0 1 0 4

7 (5) Segundo apellido

calderon

9 (7) Segundo nombre

11 (3) Número de documento

18603034

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 ☒

Centro poblado ☐

Área rural dispersa ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

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 ☒

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

centro de salud

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Si ☐

No ☒

Cuál?

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

Casado ☐

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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD

PUEBLO PAZ - RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 07-2021

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

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Técnico

Tecnólogo

Universitario incompleta

Universitario completa

Ninguno

No Registra

29 (15) ¿Es usted cabeza de familia?

Si

No

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

Con nadie

Con el cónyuge

Con otros

No Registra

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

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

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

Indígena

ROM

Otro

Afro colombiano

No Registro

¿Cuál?

LGBTI

Raízal

Negro

Mestizo

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

Desplazado

Desmovilizado

Ninguno

No Registra

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

Violencia sociopolítica

Desastre natural

Cambio climático

Otro

No Registra

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

Agricultura

Comercio

Transporte

Vigilancia

Ganadería

Manufactura

Pesca

Minería

Construcción

Metalmeccánica

Silvicultura

Servicio Doméstico

Artesanía

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

Ambulante

Semi estacionaria

Estacionaria

No Registra

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

Propia

Arrendada

Familiar

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) Energía

Si

No

39,4) Gas

Si

No

39,2 (32) Acueducto

Si

No

39,3 (33) Alcantarillado

Si

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?

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

Años

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

Diurna

Nocturna

Mixta

No Registra

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 día marque 0)

Días

0 1 2 3 4 5 6 7

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA	 COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO RICO - RISARALDA
	INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN 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 ☒**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?

CooSolad

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 ☐PORVENIR ☐BBVA HORIZONTE ☐ING ☐SKANDIA ☐SKANDIA ALTERNATIVO ☐COLFONDOS ☐AVIADORES ☐FONPRECON ☐CAPRECOM ☐ANTIOQUIA ☐CAJANAL ☐U DEL CAUCA ☐INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES ☐Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones ☐COLPENSIONES ☐**ESTILO Y CONDICION DE VIDA**

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

Kg

3	4
1	3

cm

SI ☒NO ☐

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

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57)

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

Días

2
2

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

Horas

3
2

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

Meses

Cantidad

SI	

NO ☒

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

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

SI ☒NO ☐

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario ☐Semanal ☐Quincenal ☐Ocasional ☒

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? (si marco NO pasar a la pregunta 64)

NoRegistra ☐SI ☐NO ☒

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐basuco ☐cocaína ☐otra ☐NoRegistra ☐SI ☐NO ☒

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

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

Diario ☒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.



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 ☒ 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 respondió 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)

--	--

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 meses?

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 trabajo ~~que~~ 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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2, pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐
Luxacion ☐
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendon, sin herida ☐

Quemadura ☐
Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐
Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia ☐

Trauma interno ☐
Amputacion ☐
Herida ☐
Trauma Superficial ☐
Golpe, contusion o aplastamiento ☐

Asfixia ☐
Efecto de la electricidad ☐
Efecto nocivo de la radiacion ☐
Lesiones múltiples ☐
NoRegistra ☐

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

Cabeza y cuello ☐
Oj os ☐
Torax ☐
Abdomen ☐
Miembros superiores ☐
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis ☐

Manos ☐
Miembros inferiores ☐
Pies ☐
Ubicaciones multiples ☐
Lesiones generales u otras ☐
NoRegistra ☐

	<p>DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p>	 <p>ESE HOSPITAL SAN RAFAEL COMROMETIDOS CON SU SALUD PUERTO RICO - RISARALDA</p>
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 opción)

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 trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo o, muebles ☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐	

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

Caidas de personas ☐	Caidas de objetos ☐	Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐	Pisadas, choques o golpes ☐	
Exposición o contacto con temperatura extrema ☐	Exposición o contacto con la electricidad ☐	NoRegistra ☐
Exposición 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)

SI ☐	No sabe ☐	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 ☐	NoRegistra ☐
----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Días ☐	NO ☐
--	-----------------------------

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐	Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐	NoRegistra ☐
El trabajador o la familia ☐	Otro ☐	

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 ☐	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.	 COMPROMETIDOS CON SU SALUD PUEBLO NEGRO - 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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☒
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
Derrumbe ☐ Precipitaciones ☐ Ningunos ☐ No Registro ☐
SI ☐ NO ☒

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

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

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

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

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

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales ☐	Gafas de montura integral ☐	Ninguno ☒
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles ☐	Pantalla facial ☐	No Registra ☐
	Pantalla de soldadura de mano ☐	
	Pantalla de soldadura de cabeza ☐	

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras ☐	Protectores auriculares ☐	Ninguno ☒
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable ☐	Cascos antirruído ☐	No Registra ☐

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

Tapabocas ☐	Mascaras para gases ☐	Ninguno ☒
Mascarillas autofiltrantes ☐	Mascaras para vapores ☐	No Registra ☐

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

Guantes de latex ☐	Guantes de Nitrilo ☐	Ninguno ☒
Guantes de Neopreno ☐	Guantes de Malla ☐	No Registra ☐

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

Calzado de seguridad ☐	Calzado de trabajo ☐	Ninguno ☒
Calzado dielectrico ☐	Calzado antiestatico ☐	No Registra ☐
Botas de caucho ☐		

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

Eslinga ☐	Cinturón de seguridad ☐	Ninguno ☒
Línea de vida ☐	Casco con barbuquejo o Arnés ☐	No Registra ☐
Mosquetones ☐		

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

Contra productos químicos líquidos ☐	Alta visibilidad ☐	Ninguno ☒
Propiedades electroestáticas ☐	Contra el frío ☐	No Registra ☐
Soldado y técnicas conexas. ☐	Contra calor y llamas ☐	
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento ☐	Delantal plastico ☐	

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI ☒ NO ☐

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI ☒ 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 ☒ NO ☐

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

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☒ NO ☐

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI ☒ NO ☐

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI ☒ NO ☐

	<p style="text-align: center;">DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.</p> <div style="text-align: right;">  E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL COMPROMETIDOS CON SU SALUD RISARALDA </div>
Versión: 01	Vigencia: 07-2021

letrina)

99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?

SI

☒
☐
☐

NO

☐
☐
☒

100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?

SI

☐
☒
☐

NO

☐
☐
☒

101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI

☐
☐
☐

NO

☐
☐
☐

Nombre del Encuestado:

Huendey

CC:

186030311

Firma del Encuestador:

Rubén Quintero

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 técnico
 ↑
 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)

1 1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD):

2 Hora de inicio (HH:MM):

3 Hora de finalización (HH:MM):

- ✓ 4 (25) Tipo de documento de identificación del encuestador:

- ✓ 5 (26) Número del documento de identificación del encuestador:

6 (4) Primer apellido

Mosquera

8 (6) Primer nombre

Damaris

10 (2) Tipo documento

CC ☒ CE ☐ CD ☐ DE ☐
PE ☐ SC ☐ TI ☐ PA ☐

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD)

Y Y Y Y M M D D
1998 01 20

14 Departamento de residencia:

Risaralda

16 (11) Zona de Residencia

Urbano ☒

Centro poblado ☐

17 Nombre del Barrio / Vereda

18 (12) Dirección residencia

19 (34) Tiene teléfono fijo (si responde Si, escribir el número)

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número)

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación

Risaralda

23 Zona donde realiza su oficio u ocupación

Urbano ☐

Centro poblado ☐

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 ☒

Cuál?

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

Casado ☐

Viudo / Separado ☐

Soltero ☒

Unión Marital de Hecho ☐

Divorciado ☐

Si ☐ No ☒
Y Y Y Y M M D D
2022 11 09
H H M M
11 : 00
H H M M
12 : 30
CC ☒ CE ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐
109532861

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

7 (5) Segundo apellido

Escapera

9 (7) Segundo nombre

11 (3) Número de documento

1193223634

13 (9) Sexo

Masculino ☐

Femenino ☒

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

15 (10) Municipio de residencia

Pueblo Rico

Área rural dispersa ☐

Plaza Principal

Santa Cecilia

Si ☐

No ☒

Número

Si ☒

No ☐

Número

3185418762

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación

Pueblo Rico

Área rural dispersa ☐

Plaza Principal

Santa Cecilia

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.		
	Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Primaria incompleta	☐	Técnico	☐	Ninguno	☐
Primaria completa	☐	Tecnólogo	☐	No Registra	☐
Secundaria Incompleta	☐	Universitario incompleta	☐		
Secundaria completa	☐	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 ☐
Con el cónyuge ☒ No Registra ☐

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

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

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

Indígena	☐	Afro colombiano	☒	LGBTI	☐	Negro	☐
ROM	☐	No Registro	☐	Raizal	☐	Mestizo	☐
Otro	☐	¿Cuál?					

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

Desplazado ☒ Desmovilizado ☐ Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Violencia sociopolítica ☒ Cambio climático ☐ No Registra ☐
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	☐	Ganadería	☐	Minería	☐	Silvicultura	☐
Comercio	☒	Manufactura	☐	Construcción	☐	Servicio Domestico	☐
Transporte	☐	Pesca	☐	Metalmecánica	☐	Artesanía	☐
Vigilancia	☐						

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

Ambulante ☐ Semi estacionaria ☐ Estacionaria ☒ No Registra ☐

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) Energía	Si ☒	No ☐	39,4 Gas	Si ☐	No ☐
39,2 (32) Acueducto	Si ☒	No ☐			
39,3 (33) Alcantarillado	Si ☒	No ☐			

40 (36) ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios)

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

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

Años Si ☒ No ☐

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

Diurna ☒ Nocturna ☐ Mixta ☐ No Registra ☐

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

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

Días 0 1 2 3 4 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 mínimo ☐

Más de un salario mínimo ☐

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 ☐

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?

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 ☐

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

PROTECCION

PORVENIR

BBVA HORIZONTE

ING

SKANDIA

SKANDIA ALTERNATIVO

COLFONDOS

AVIADORES

FONPRECON

CAPRECOM

ANTIOQUIA

CAJANAL

U DEL CAUCA

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. RIESGOS PROFESIONALES

Instituto de Seguros Sociales I.S.S. Pensiones

COLPENSIONES

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

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

Kg

cm

	7	0
1	5	5

SI ☒

NO ☐

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

54 (50) ¿Desarrolla alguna actividad física? (si marco NO pasar a la pregunta 57)

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

Días

	3
	6

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

Horas

57 (53) ¿Usted fuma o fumó? (si marco NO pasar a la pregunta 60)

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

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

60 (54) ¿Usted consume licor? (si marco NO pasar a la pregunta 62)

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

Diario ☐

Semanal ☐

Quincenal ☐

Ocasional ☐

62 (56) ¿Usted consume sustancias psicoactivas? (si marco NO pasar a la pregunta 64)

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

marihuana ☐

basuco ☐

cocaína ☐

otra ☐

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

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

Diario ☐

Semanal ☒

Quincenal ☐

Ocasional ☐

No Registra ☐



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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
POBLACIÓN 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 respondió 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)

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

Trabajo ☐

Hogar ☐

Otro ☐

No Registra ☐

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 meses?

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 trabajo *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 lesión le ocasionó? (Marcar solo una) (si marco NO en la preg. 73,2. pasar a la pregunta 83)

Fractura ☐

Luxación ☐

Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida ☐

Trauma interno ☐

Amputación ☐

Herida ☐

Trauma Superficial ☐

Golpe, contusión o aplastamiento ☐

Quemadura ☐

Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐

Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente, envenenamiento o intoxicación aguda o alergia ☐

Asfixia ☐

Efecto de la electricidad ☐

Efecto nocivo de la radiación ☐

Lesiones múltiples ☐

No Registra ☐

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

Cabeza y cuello ☐

Ojos ☐

Torax ☐

Abdomen ☐

Miembros superiores ☐

Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis ☐

Manos ☐

Miembros inferiores ☐

Pies ☐

Ubicaciones múltiples ☐

Lesiones generales u otras ☐

No Registra ☐

	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	

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

76,1 (73) Agente (marcar una opción)

Maquinas y/o equipos ☐	Medios de transporte ☐	No Registra ☒
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐	Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐	Agentes no clasificados ☐
Ambiente de trabajo o incluye superficies de tránsito y trabajo o, muebles ☐	Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐	

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

Caidas de personas ☐	Caidas de objetos ☐	Atrapamiento ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐	Pisadas, choques o golpes ☐	
Exposición o contacto con temperatura extrema ☐	Exposición o contacto con la electricidad ☐	No Registra ☐
Exposición o contacto con sustancias nocivas 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)

SI ☐ NO ☐

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

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ No Registra ☐

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 ☐ No Registra ☐

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? (permite el valor 0)

Cantidad Días ☐

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabajador o la familia ☐ Otro ☐ No Registra ☐

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)

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

SI ☐ NO ☐

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ No Registra ☐



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.



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PATRÓN 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 ☐

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

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

Ruido ☒ Iluminación ☐ Vibración ☐ Temperaturas extremas ☐
Radiaciones no ionizantes ☐ Presión atmosférica ☐ Radiaciones ionizantes ☐
Ninguno ☐ No Registra ☐

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

Gestión organizacional ☐ Características de la organización del trabajo ☐ Características del grupo social de trabajo ☐
Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐
No Registra ☐ Ninguno ☐

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Rickettsias ☐
Parásitos ☐ Picaduras ☐ Mordeduras ☐
Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☒ No Registra ☐

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

Mecánico ☐ Eléctrico ☐ Locativo ☐ Tecnológico ☐
Accidentes de tránsito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Públicos ☐
No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Manipulación manual de cargas ☐ Movimiento repetitivo ☐ Postura ☐ Ninguno ☒
Esfuerzo ☐ No Registra ☐

88,6 (90) Químico (marcar una, la mas importante)

Polvos ☐ Fibras ☐ Líquidos ☐ Humos ☐
Gases y vapores ☐ No Registra ☐ Ninguno ☒

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

Sismo ☐ Terremoto ☐ Vendaval ☐ Inundación ☐
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) Protección de la cabeza (marcar una, la mas importante)

Cascos para usos especiales ☐ Sombrero ☐ Gorro o cachucha ☐ Ninguno ☒
Prendas de protección para la cabeza ☐ Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo ☐ No Registra ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
Versión: 01	Vigencia: 07-2021	

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

Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales	☐	Gafas de montura integral	☐	Ninguno	☐
Gafas de protección contra los rayos X, rayos laser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles	☐	Pantalla facial	☐	No Registra	☐
		Pantalla de soldadura de mano	☐		
		Pantalla de soldadura de cabeza	☐		

90,3 (95) Protección del oído (marcar una, la mas importante)

Orejeras	☐	Protectores auriculares	☐	Ninguno	☐
Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	☐	Cascos antiruido	☐	No Registra	☐

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

Tapabocas	☐	Mascaras para gases	☐	Ninguno	☐
Mascarillas autofiltrantes	☐	Mascaras para vapores	☐	No Registra	☐

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

Guantes de latex	☐	Guantes de Nitrilo	☐	Ninguno	☐
Guantes de Neopreno	☐	Guantes de Malla	☐	No Registra	☐

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

Calzado de seguridad	☐	Calzado de trabajo	☐	Ninguno	☐
Calzado dielectrico	☐	Calzado antiestatico	☐	No Registra	☐
Botas de caucho	☐				

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

Eslina	☐	Cinturon de seguridad	☐	Ninguno	☐
Linea de vida	☐	Casco con barbuquejo	☐	No Registra	☐
Mosquetones	☐	Arnes	☐		

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

Contra productos químicos líquidos	☐	Alta visibilidad	☐	Ninguno	☐
Propiedades electroestaticas	☐	Contra el frio	☐	No Registra	☐
Soldeo y tecnicas conexas.	☐	Contra calor y llamas	☐		
Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento	☐	Delantal plastico	☐		

91 (101) Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI ☒ NO ☐

92 (102) ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? SI ☒ 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 ☒ NO ☐

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

96 (106) Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI ☒ NO ☐

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? SI ☒ NO ☐

98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o SI ☒ NO ☐

	DEPARTAMENTO DE RISARALDA Secretaría de Salud GESTIÓN EN SALUD SALUD PÚBLICA INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN RISARALDA.	
	Versión: 01 Vigencia: 07-2021	

letrina)

- 99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?
- 100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?
- 101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?

SI	☒	NO	☐
SI	☒	NO	☐
SI	☐	NO	☒

Nombre del Encuestado:

CC:

Firma del Encuestador:

Dominis
1193223634
Rubén Quisagama

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 técnico
↑
Número consecutivo del instrumento

[illegible]

[illegible]

[illegible]



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

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

FECHA:

MUNICIPIO/LUGAR:

HOSPITAL SON RAFAEL
TRABAJADOR INFORMAL +31
MODE-22 20 NOV-22
SERVICIO COD# 110501

ENTORNO:

HORA DE INICIO:

HORA FINALIZACIÓN:

FACILITADOR/CONFERENCISTA:

APRO
7:00am
5:00pm
Ruben Overgaard?

ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO

APLIC. FORMATO DE CAPACITACIONES

SI	NO
----	----

1

2

[illegible]

2	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA										ASEGURA MIENTO		EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS		
					M	F	LETBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	C Y D	SAUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOONOSIS	SR-SD	SAUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPMA	SUBSIDIO				CONTRIBUTIVO	OTROS		U	R	SI
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: LLAMADA TELEFÓNICA: [] AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: [] DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: [] SUPERVISIÓN DE CUENTAS: []										FORMATO: ASISTENCIA: [] REGISTRO FOTOGRÁFICO: [] CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: [] OTRO: []													



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 32

Realizar Cincuenta (50) 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.

RECURSO HUMANO	Enfermero(a) + auxiliar de enfermería.
CANTIDAD:	50 Actividades
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimiento de actividades diligenciado y firmado RIPS con el CUPS I 10301

ACTIVIDAD REALIZADA 100%



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022



ACTIVIDAD NO. 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. 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	Psicólogo, enfermero y comunicador social.
CANTIDAD:	50 personas
DURACION	
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimiento de actividades diligenciado y firmado 2 videos Evidencia de difusión en redes sociales. RIPS con el CUPS I 10109



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 24 y 28 de octubre 2022	No: 33-2	HORA INICIO: 7:00 AM	HORA FINALIZACION: 05:00 PM
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		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	
Tema: En la estrategia zonas de orientación se difunde los 2 videos de prevención y promoción		No Páginas: 3	
Responsable: Enfermera (a) + Psicologa + Comunicador Social		Elaborado por: Isabel Cristina Lucero	
Lugar		Santa cecilia	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	1	Presentación
	2	Desarrollo del tema
	3	Conclusiones y Compromisos
		OBERVACIONES



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA 24 y 28 de noviembre 2022	No: 33.02	HORA INICIO: 7:00 am	HORA FINALIZACION: 5:00 pm
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Concientizar e informar a la comunidad afrocolombiana del municipio de Pueblo Rico frente a diversos temas sobre la salud mental, la Prevención y mitigación del consumo de SPA y el suicidio en adolescentes.	
Tema: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estos por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.		No Páginas: 5	
Responsable: Psicólogo		Elaborado por: Hasbleidy Mena	
Lugar: Santa Cecilia Risaralda		Zona: Afrocolombiana	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	1	Presentación	OBERVACIONES
	2	Desarrollo de actividad	
	3	Análisis de actividad	
La actividad se llevó a cabo en el corregimiento de Santa Cecilia. Para la cual se realizó un video con el fin de proporcionárselo a la comunidad para cumplir con el objetivo ya antes mencionado. Se empieza realizando el video en el que se explican los siguientes temas: Salud mental: La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder			Debido a las fuertes lluvias que se han venido presentando en el municipio, se dificulta poder realizar la actividad, pero cabe resaltar que están no han sido obstáculos para concientizar a la comunidad y cumplir con el objetivo.



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.

Prevención y mitigación por el consumo de SPA y de tabaco: una sustancia psicoactiva es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede crear consumo problemático o dependencia. Existen muchas formas de clasificar las sustancias psicoactivas dependiendo de su abordaje. A continuación, tres grandes grupos:

Según sus efectos en el cerebro pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o pueden ser alucinógenas.

Según su origen pueden ser naturales, sintéticas o



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

<p>semisintéticas.</p> <p>Según la normatividad pueden ser ilegales o legales, por ejemplo, la cocaína es ilegal pero las bebidas alcohólicas son legales.</p> <p>prevención del suicidio en adolescentes: El suicidio en niños y adolescentes ha aumentado en Colombia en los últimos años; las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 intentan suicidarse durante su vida y entre 10 % y 15 % lo culminan. Muchos de los adolescentes que se suicidan o intentan suicidarse tienen una enfermedad de salud mental. Como resultado, tienen problemas para hacerle frente al estrés de ser un adolescente, como lidiar con el rechazo, el fracaso, las rupturas, las dificultades de la escuela y la crisis familiar. También pueden ser incapaces de ver que pueden dar un giro a sus vidas, y que el suicidio es una respuesta permanente, no una solución, a un problema temporal.</p> <p>Estés por el confinamiento: Al duro aislamiento social por el confinamiento se suma que la carga de trabajo ha aumentado (teletrabajo, conciliación familiar, apoyo escolar de los hijos...). Sin olvidar que, para muchos la pandemia ha supuesto una amenaza de sus proyectos vitales y una alteración de su estilo de vida.</p> <p>Depresión: Es sumamente importante comprender que existen diferencias entre estar triste por una situación difícil o evento traumático por el que hemos pasado por un corto período de tiempo, y los síntomas de depresión. La depresión se caracteriza por sentimientos continuos de tristeza, desesperanza,</p>	
--	--



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

irritabilidad, falta de motivación o interés por las cosas, falta constante de ánimo para hacer las cosas que antes nos gustaban, dificultad para tomar decisiones y no poder realizar las tareas que solemos hacer diariamente, entre otras.

Autoestima: La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamientos dirigidos hacia uno mismo, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

resiliencia y asertividad. La resiliencia en psicología, capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, etc. Y el asertividad, Capacidad de expresar de manera directa, honesta, y adecuada las ideas, opiniones, necesidades o derechos personales, así como tomar uno/a mismo/a las propias decisiones siendo responsable de ellas y sirve para poder expresar los mensajes y los gestos de forma clara, con una actitud empática hacia a los demás. Comunicar las ideas de una forma sincera buscando siempre la forma de crear un ambiente positivo y sin conflictos.

El día destinado para realizar la actividad, fue un día muy lluvioso, por lo cual los jóvenes y las familias se encontraban en sus hogares, para cumplir con el objetivo, se realizó la prevención por medio de visitas a los hogares. Utilizando este recurso para informar y concientizar no a una si no a una familia entera sobre los temas antes mencionados.

Dicho video se enseña a las personas de la comunidad, con el fin de que se viralice y poder prevenir y mitigar los diferentes temas y que puedan hacer uso de el en cualquier circunstancia si es



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

necesario. Teniendo en cuenta el tema de suicidio en adolescentes, se tomó mucho en cuenta dicha población para lograr concientizar.

Se le permitió a los jóvenes y población en general, realizar preguntas si así lo deseaban frente a los temas ya antes mencionados o cualquier tema de interés relacionado con la salud mental.

También se hizo uso de las diferentes plataformas digitales para viralizar el video y que no solo se quedara en la comunidad de Santa Cecilia y en el municipio de Pueblo Rico si no, que a su vez se pudiera concientizar a otros jóvenes y población en general que requiera el apoyo y el uso de los temas.

Luego de dar la explicación de los temas, mostrar, compartir el video con las personas y responder a sus inquietudes, se finaliza la actividad diligenciando el listado de cumplimiento de actividades y registro fotográfico.

COMPROMISOS:

Seguir realizando este tipo de prevenciones en la comunidad ya que se han manifestado cambios notables en la salud mental de dicha población, especialmente en los adolescentes.

Hasbleidy Mena

Hasbleidy Mena Perea
Psicóloga



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ANEXOS

Mensaje de PIC Departamental Hábitos saludable y salud sexual y reproductiva: [Mensaje de PIC Departamental Hábitos saludable y salud sexual y reproductiva - ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico Risaralda \(esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co\)](#)

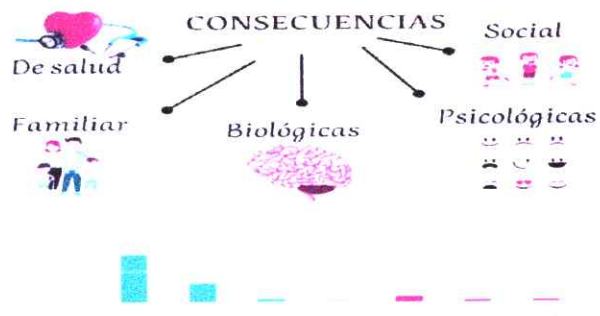
Mensaje del PIC departamental sobre prevención del consumo de SPA, prevención del suicidio y salud mental: [PIC Departamental Mensaje sobre prevención del suicidio, consumo de SPA, y salud mental - ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico Risaralda \(esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co\)](#)





Sustancias psicoactiva

Es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, lo cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento.



CONSECUENCIAS

- De salud
- Familiar
- Biológicas
- Social
- Psicológicas



Factores que disminuyen el consumo

- Relaciones afectivas saludables
- Buena comunicación familiar
- Realizar actividad física o de ocio
- Buen nivel de autoestima
- Adecuado manejo de emociones

¡Una misma familia es una gran comunidad!

E.S.E. Hospital San Rafael Pueblo Rico



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 24/10/2022	ALCANCE: afrocolombiano	Hora de inicio: 7:00 am	Hora fin: 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estos por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Santa Cecilia			





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

REGISTRO FOTOGRAFICO

FECHA: 24/10/2022	ALCANCE: afrocolombiano	Hora de inicio: 7:00 am	Hora fin: 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estos por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Santa Cecilia			





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



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUEBLO RICA RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE:

ESE Hospital San Rafael 433

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Salud mental y diversos temas

FECHA:

24 - octubre - 2022

MUNICIPIO/LUGAR:

Santa Cecilia rda Código 10109

ENTORNO:

Afrolombiano

HORA DE INICIO:

7:00 am

HORA FINALIZACIÓN:

5:00 pm

FACILITADOR/CONFERENCISTA:

Hasbeldy Mena

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICAR 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 USO DE DAT	
					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.M.T.	ETV	ZOOZOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PRNA	SUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	N
1	T.I	1097034 339	Stefania Moquera Poa.	16	X					X														X	Nueva E.P.S	Santa Cecilia Bachichi 09-09-2006	3126883297	X	Stefania M	X								
2	CC	18603 136	Elmer Antonio Maturana machado	49	X					X														X	Asmet Salud.	Santa Cecilia Bachichi 07-02-1975	3183222838	X	Elmer Antonio	X								
3	CC	9861 988	Hector Fabio Moquera Maturana.	37	X					X														X	Nueva E.P.S	Bachichi 19-09-1985	3219471067	X	Hector F.	X								
4	CC	1006193 826	Agile Sarahuna	28	X					X														X	Pujos Salud.	Bachichi 10-03-1993	3158632176	X	Agile Sarahuna.	X								
5	T.I	1135184 752	Luz Mila Cordoba Mena	16	X					X														X	Nueva E.P.S	Bachichi 10-12-2005	3228229886	X	Luz Mila	X								
6	T.I	1093534 602	Jorge Alberto Cordoba Mena.	15	X					X														X	Nueva E.P.S	Bachichi 17-02-2007	3106711623	X	Jorge	X								
7	T.I	1076350 743	Maria Carolina Moquera Moreno.	16	X					X														X	Salud Total	Bachichi 12-02-2006	3233406788	X	Carolina	X								
8	CC	1097034 339	Niesmi Mariza Poa	56	X					X														X	Asmet Salud	Bachichi 07-05-1966	3108049055	X	Niesmi	X								
9	CC	1079180 656	Disnori Moquera Serna.	28	X					X														X	Pujos Salud	Bachichi 30-11-1993	3137054370	X	Disnori	X								
10	CC	25074 341	Cenaida Maturana Moquera.	75	X					X														X	Asmet Salud	Bachichi 21-06-1947	3163733784	X	Cenaida M	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	LGTB	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAIZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H.	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SAUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	ECNT	ETV	ZONOSIS	SR-50	SAUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS				U	R		SI	NO
11	CC	42164042	Orfinelly Mpiqueru Machado.	41 (5)		X				X															X	S.O.S	Bachichi 24-12-1980	3233420359	X		Orfinelly	X						
12	CC	1088243601	Alexandra Maquera	23		X				X															X	S.O.S	Bachichi 04-12-1999	3137030771	X		Alexandra	X						
13	CC	1093532038	Enaida Marcela Aspilla Sanchez	19		X				X															X	NUEVA E.P.S	Bachichi 02-07-2003	3178644618	X		Enaida A	X						
14	CC	1366050	Gerardo Antonio Matorana.	78	X			X	X																X	Asmet Salud	Bachichi 24-02-1944	3172160003	X			X						
15	CC	25021379	Sixty Tula murillo.	78		X		X	X																X	Asmet Salud	Bachichi 31-12-1944	3172160003	X			X						
16	CC	41448409	María Cecilia Rentería Mena.	43		X				X															X	NUEVA E.P.S	Bachichi 23-10-1979	3104546722	X		Pracere me	X						
17	CC	1128849304	Carlos Andres Perea Pino	26	X					X															X	Salud total	Bachichi 01-06-1996	3185722297	X		Carlos	X						
18	CC	1093186023	Laura Vanesa Rentería Matorana	19		X				X															X	Asmet Salud	Bachichi 15-10-2003	3148625866	X		Laura R.	X						
19	CC	1004628179	María Paula Henrera Bono	20		X				X															X	Asmet Salud.	Bachichi 10-09-2002	3185722297	X		Mª Paula H.	X						
20	T.I	1142515651	Dayanna Rentería Mena.	14		X				X															X	Asmet Salud.	Bachichi. 04-03-2008	3162470441	X		Dayanna R.	X						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

En la casilla numero (no) ocho, la cédula correcta que corresponde a la segunda parte de encuentra en la casilla once la edad correcta es cuarenta y uno (41)

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: ()

**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS****PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022****REGISTRO FOTOGRAFICO**

FECHA: 28/10/2022	ALCANCE: afrocolombiano	Hora de inicio: 7:00 am	Hora fin: 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar actividades de información sobre temas relacionados con salud mental la cual abarca estos por el confinamiento, autoestima, depresión resiliencia y asertividad y la prevención y mitigación del consumo de SPA, Tabaco y el suicidio en adolescentes.			
Responsable: Psicóloga			
Lugar: Santa Cecilia			





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



COMPROMETIDOS CON SU SALUD
PUERTO RICO RISARALDA

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE:

Ese Hospital San Rafael

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

Salud mental y diversos temas

FECHA:

28 - octubre - 2022

MUNICIPIO/LUGAR:

Santa Cecilia Rda. Código 10109

ENTORNO:

Afrocolombiano

HORA DE INICIO:

07:00 am

HORA FINALIZACIÓN:

05:00 pm

FACILITADOR/CONFERENCISTA:

Hasbeldy Mena.

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO	X	
APLICAR FORMATO DE CAPACITACIONES		X

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										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.M.T.	ETV	ZOOINOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PRIMA	SUBSIDIADO				CONTRIBUTIVO	OTROS		U	R	SI	NO
1	T.I	1093186 669	Ariasny Mosquera Pereira	14	X			X		X															X	Nueva EPS	Calle Principal Santa C. 04-09-2008	3153974467	X	Ariasny	X							
2	CC	1093538 645	Mari Luz Renteria Machado	26	X					X															X	Asmet Salud	Calle Principal Santa Cecilia 06-05-1996	3165280659	X	Mari Luz R...	X							
3	CC	25000 165	Ana Sabu Lemus Nagles.	54	X					X															X	Asmet Salud	Santa Cecilia 04-04-1968	3128749688	X	Ana Sabu L.	X							
4	CC	112700 4422	Yerica TORRES.	30	X					X															X	Pijos Salud	Santa Cecilia 16-04-1991	3146359836	X	Yerica Torres	X							
5	CC	1077462 923	Diana Marcela Renteria Nativana.	28	X					X															X	Nueva EPS	Santa Cecilia 20-04-1994	3219402999	X	Diana M.R.	X							
6	T.I	1089936 251	Yivlian Machado	14	X					X															X	Nueva EPS	Santa Cecilia 19-10-2008	3219402999	X	Yivlian	X							
7	T.I	1088828 554	Michel Mosquera Moreno.	16	X					X															X	Salud total	Santa Cecilia 06-03-2006	3185273107	X	Michel M.	X							
8	T.I	1088830 124	Ana Brigitt Mosquera Mosquera	14	X					X															X	Salud Total.	Santa Cecilia 21-11-2007	3188779371	X	Ana Brigitt	X							
9	CC	1093186 509	Hector Anil Mosquera Mosquera	22	X					X															X	Nueva EPS	Santa Cecilia 03-04-2000	3127201343	X	DANIL	X							
10	CC	42160 781	Maximiliana Mosquera Mosquera.	38	X					X																		Santa Cecilia la Y 04-02-1984	315554118	X	Maximiliana	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	LEBTE	CON DISCAPACIDAD	VICTIMA	INDIGENA	AFROCOLOMBIANO	RAZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOOONOSIS	SH-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIO				CONTRIBUTIVO	OTROS		U	R	SI	NO
11	T.I	1093186 828	Yojan pino mosquera	13	x					x																x		Sanitas	Santa Cecilia la Y	19-09-2009	x	Yojan	x					
12	CL	25.001 503	Lily Johanna Perea Renteria	42		x			x																	x		Nueva EPS	Calle Principal Sta C. 28-09-1980	3104524946	x	Lily P.R.	x					
13	CL	100494 3924	Saren Dayana Perea Perea.	22		x				x																x		Nueva EPS	Entrada silencio	3146435877	x	Saren D.R.P.	x					
14	CL	1007214 034	Yasny Sorane Perea Perea.	21		x				x																x		Asmet Solut	Santa C. entrada s. 18-10-2004	3136357534	x	Yasny Sorane	x					
15	T.I	1089932 019	Valeria Galvis Mosquera.	17		x				x																x		Cosmitel	Santa C. Calle Principal 04-01-2005	3172905078	x	Valeria Galvis M	x					
16	T.I	1003534 266	Viveth Mosquera Perea.	16		x			x	x																x		Nueva EPS	Santa C. Calle Principal 16-08-2006	3217690408	x	Viveth	x					
17	CL	42162 202	Gladys Yanive Mena Lozano	37		x				x																x		Cosmitel	Santa Gata la Union 16-04-19	3207650726	x	Gladys Mena.	x					
18	CL	1004754 829	Estiven Sanchez	20	x					x																x		Cosmitel	Mz 2 Casa a Pueblo R. 17-06-2002	3105349767	x	Estiven S.	x					
19		11104 8527	Randy Campos	33	x					x																x		Cosmitel	Piedras - Bachichi 09-06-1989	3216973529	x	Randy Campos	x					
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: ()



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 34

Caracterizar 200 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.

RECURSO HUMANO	Médico (a) General + Auxiliar Enfermería + Coordinador PIC
CANTIDAD:	200 personas
DURACION	30 minutos
ENTREGA:	<p>Ficha técnica de la actividad</p> <p>Listado de cumplimiento de actividades diligenciado y firmado</p> <p>Archivo Excel con la base de datos (Minsalud)</p> <p>Registro fotográfico si es pertinente</p> <p>RIPS con el CUPS I 10409</p>



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FICHA TECNICA DE LA ACTIVIDAD			
FECHA Del 19 de octubre al 01 de noviembre 2022	No: 04-2	HORA INICIO: 7:00 AM	HORA FINALIZACION: 05:00 PM
OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD		Caracterizar 200 personas de población mayor de 18 años con riesgo o presencia de Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas	
Tema: Caracterizar 200 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: Isabel Cristina Lucero	
Lugar		SANTA CECILIA	

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	1	Presentación
	2	Desarrollo del tema
	3	Conclusiones y Compromisos
DESARROLLO: Para el desarrollo de esta actividad primero se solicita el usuario y contraseña para ascender a las fichas de		OBSERVACIONES



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

DESARROLLO

Para el desarrollo de esta actividad se inicia con la obtención de la información en temas como:

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,

Una vez se tiene el material, se prepara la enfermera y la psicóloga y se inicia la grabación bajo la supervisión del comunicador social de dos videos con los temas expuestos anteriormente, después es editado, esta información es la que se lleva el talento humano y se empieza a difundir en redes sociales, pagina web, y se



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

socializa al auxiliar como desarrollar dicha actividad y se inicia con la capaptacion en diferentes lugares pertenecientes a Pueblo Rico como son personas de los barrios cinto, bachichi, piedras, el silencio, remolinos. 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.

Donde se realizaron a **_18_ personas** la caracterización de riego o presencia de alteracion cardio – cerebro – vascular – metabolica.

La información que se socializo y se le dio a la comunidad es:

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:

- **FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES** Son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida.

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



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

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

LEWIS JHONATAN NATES

MEDICO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESTELA QUINTERO



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

FORMATO FOTOGRAFIO

FECHA: Del 19 de octubre al 01 de noviembre 2022	ALCANCE: AFRO	Hora de inicio: 7:00 am	Hora fin: 5:00 pm
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Caracterizar 200 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: SANTA CECILIA			





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022





PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022



5415.

1452



Gobernación de
RISARALDA
Sentimiento de Todos

**GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA**

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
LISTADO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES

Versión: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

FECHA:

MUNICIPIO/LUGAR:

HOSPITAL SAN RAFAEL 434
CARACTERIZACION RESGO CAROTIDISCU
19-OCT-72
SANTA CECILIA COD # I70409

ENTORNO:

- HORA DE INICIO:

HORA FINALIZACION:

FACILITADOR/CONFERENCISTA:

AFRU

7:00 PM

5:00 PM

Notely Conclude

ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO

APLICAR FORMATO DE CAPACITACIONES

	SI	NO
--	----	----

NO

Y

1

**AUTORIZO EL
USO DE DATOS**

SI	NO
----	----

NO

[illegible]

Nº	TIP DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO			POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA					ASEGURA MIENTO				EAPB	DIRECCION	TELEFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS				
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAZALES	PROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAL	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA E.C.N.T.	ETV	ZOOINOSIS	SIE-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPMA				SUBSIDIO	CONTRIBUTIVO		OTROS	U	R	SI	NO
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

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: { }

1453



Vigencia: 08-2017

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		X
APLICZ FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

[illegible]

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	RAZALES	ROM	MUJER CAREZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZONOSIS	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PPNA	SUBSIDIO				CONTRIBUTIVO	OTROS		U	R	SI	NO
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

FECHA:

SUPERVISOR:

ACTIVIDAD:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

CARGO:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

MECANISMO:

LLAMADA TELEFÓNICA: ()

AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: ()

DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: ()

SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ()

FIRMA DEL SUPERVISOR

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

Version: 01

Vigencia: 08-2017

NOMBRE DE LA ESE:

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

FECHA:

MUNICIPIO/LUGAR:

HOSPITAL SAN GABRIEL

134

CHARACTERIZACION RIESGO CRPO.

22-OCT-22

SANTA CECILIA COO F I 26408

ENTORNO:

HORA DE INICIO:

HORA FINALIZACION:

FACILITADOR/CONFERENCISTA:

CIFRU

7:00 PM

2:00 pm

Nakly Gorchak

ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO

APLIC: FORMATO DE CAPACITACIONES

1

NO

1

12

1

1

[illegible]

Nº	TIP. DOC.	Nº. DOCUMENTO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	SEXO		POBLACIÓN PRIORITARIA BENEFICIADA (CONDICIÓN)										PROGRAMA										ASEGURAMIENTO		EAPB	DIRECCIÓN	TELÉFONO	ZONA		FIRMA	AUTORIZO EL USO DE DATOS		
					M	F	LGTBI	CON DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	INDÍGENA	AFROCOLOMBIANO	RAZALES	ROM	MUJER CABEZA DE H	REINTEGRADOS	MIGRANTES	MESTIZO	OTRO	PAI	CYD	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA E.C.N.T.	ETV	ZOOINOCES	SR-SO	SALUD VITAL, BUCAL Y ADITIVA	PMA	SUBSIDIO	CONTRIBUTIVO				OTROS	U		R	SI	NO
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

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: ()

1455



**GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA**

Vigencia: 08-2017

MUNICIPIO/LUGAR:

HOSPITAL SAN RAFAEL 134
CARACTERIZACION RIESGO CARDIOV.
29-OCT-22
SANTA CECILIA 0002 I 104109

FACILITADOR/CONFERENCISTA:

AFRC

7.000m

5:00 pm

Invent Origz

APLIC. FORMATO DE CAPACITACIONES

SA	NC
----	----

--	--

[illegible][illegible]

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	CYO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	E.C.N.T.	ETV	ZOOLOGIA	SR-SD	SALUD VISUAL, BUCAL Y AUDITIVA	PNNA	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: LLAMADA TELEFÓNICA: () AL MOMENTO DE LA ACTIVIDAD: () DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD: () SUPERVISIÓN DE CUENTAS: ()						FORMATO: ASISTENCIA: () REGISTRO FOTOGRÁFICO: () CALIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD: () OTRO: ()					

148



**GESTIÓN EN SALUD
SALUD PÚBLICA**

Vigencia: 08-2017

MUNICIPIO/LUGAR:

HOSPITAL SAN RAFAEL #34
CARACTERISTICA RESU CARROU.
1-NOV-82
SANTA CESIA COD 6 110409

FACILITADOR/CONFERENCISTA:

AFRO

7:00 am

5:00 pm

Jimmy Chang

	SI	NO
ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO		
APLICAR FORMATO DE CAPACITACIONES	X	

[illegible]

[illegible]



PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
PIC DEPARTAMENTAL PUEBLO RICO RISARALDA 2022

ACTIVIDAD NO. 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 prácticas de manipulación de alimentos en el hogar.

RECURSO HUMANO	Enfermero(a) + auxiliar de enfermería.
CANTIDAD:	20 Intervenciones
DURACION	1 hora
ENTREGA:	Ficha técnica de la actividad Listado de cumplimiento de actividades diligenciado y firmado RIPS con el CUPS I 10308

ACTIVIDAD REALIZADA 100%