ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO LABORAL CON ÉNFASIS EN LA INFORMALIDAD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DD MM AAAA

NUMERO DE FICHA

Hora de Inicio 08:00 am

SELECCIONE EL PROGRAMA
- [x] Estrategia APS
- [ ] Procesos de entorno laboral saludable ELS
- [ ] Municipios

TIPO DE ENCUESTADOR
- [x] Técnico Laboral
- [ ] ESE
- [ ] Otras formaciones

FECHA DE CARACTERIZACION 16 / 01 / 2023

Nombre del Encuestador: Leidy Johanna Gomez Herrera

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] Número: 1024508888

LUGAR DE TRABAJO

Indique el número de trabajadores de esta unidad de trabajo informal (UTI): 1

Indique el número de trabajadores a caracterizar de esta unidad de trabajo informal (UTI): 1

IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

AMBITO TERRITORIAL
- [x] Urbano
- [ ] Alta Ruralidad
- [ ] Rural Disperso

Municipio: Soacha

Localización:

DIVISION GEOGRÁFICA
- Vereda:
- Otro:
- Barrio: Parque Campestre

Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: cl 6 # 16 A 150

¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)

Energía [ ] Acueducto [ ] Alcantarillado [ ] Teléfono fijo [ ] Teléfono móvil [x] Gas [ ]

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL: LTI FIJO [ ] LTI MÓVIL [x] Compartido con la vivienda [ ]

Número de celular: 3223027087

Teléfono fijo:

PROCESO PRODUCTIVO

Seleccione la actividad económica

agricultura	[ ]	Pesca	[ ]	Transporte	[ ]	Manufactura	[ ]
Construcción	[ ]	Metalmecánica	[ ]	Minería	[ ]	Otro ¿Cuál?	Venta Verduras y Frutas
Ganadería	[ ]	Silvicultura	[ ]	Comercio	[x]		

HABITABILIDAD

Existen en el territorio escenarios de capacitación para el desempeño profesional, artesanal, artístico, ocupacional y técnico, como: (Puede señalar varias opciones)
- [ ] Escenarios Formales
- [ ] Educación para el trabajo y el desarrollo humano
- [ ] Escenarios Informales
- [x] Ninguno (Pase a la pregunta 17)

Las personas que trabajan en el lugar de trabajo, han recibido capacitaciones en algunos de estos escenarios?
- [ ] Si
- [x] No

Seleccione el tema dela capacitacion que ha recibido
- Formalización y beneficios de la seguridad social [ ]
- procesos de registro invima [ ]
- Diseño y registro de marcas [ ]
- Etiqueta [ ]
- Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo [ ]
- elementos de proteccion personal [ ]
- otra capacitación [ ]

Mediante cual de los siguientes programas se realizó la capacitacion
- Mercados campesinos [ ]
- CIPUEDO [ ]
- Dimensión de salud y ambito laboral [ ]
- Secretaría de salud municipal [ ]
- Direccion de Aseguramiento Secretaria de Salud Departamental [ ]

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el último año ha realizado las siguientes actividades?
- Simulacros en casos de emergencia? [ ]
- Mantenimiento de maquinaria para evitar accidentes? [ ]
- Educación a los trabajadores para evitar accidentes? [ ]
- Control de los Factores de riesgo prioritarios [ ]

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

Primer apellido: Catte
segundo apellido: Pacheco
primer nombre: Wilson
segundo nombre: David
Tipo de documento: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ]
Número de documento: 1019040426
Fecha de nacimiento: 30 MM 10 1991
Correo electrónico:
Direccion de residencia: cl 6 # 16 A 150
Telefono celular: 3223027087
Municipio: Soacha
Seleccione la vereda:

SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos laborales ? SI [ ] NO [x]

Afiliado a salud? SI [ ] NO [x]
Cual es el nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado?
A que regimen de seguridad pertenece?
- Contributivo (cotizante) [ ]
- Contributivo (beneficiario [ ]
- subsidiado [ ]
- vinculado [ ]
- particular [ ]

Afiliado a pensiones? SI [ ] NO [x]
seleccione su fonde de pensiones
seleccione su ARL

Afiliado a caja de compensacion familiar? SI [ ] NO [x]
Selecciones su caja decompensación
Se encuentra afiliado a un programa para la proteccion de la vejez?
- pensión [ ]
- Programa Colombia Mayor [ ]
- BEPS [ ]
- Otro [ ]

Se encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez [ ] NO [x]

IMPRESO POR IMPRESOS DELPAPEL NIT 79160616-1 TELEFONO 610 6788 - 310 386 1340

SCAN AnyScanner

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo: M ✓ F

¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado / Unión libre ✓ Soltero ☐ Separado ☐ Viudo ☐

¿Cuál es su nivel de escolaridad?
Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ✓ Técnico / Tecnológico ☐ Universitario incompleto ☐ Universitario completo ☐ Ninguna ☐ Otros ☐
¿Cuál?
Años de escolaridad aprobados:

¿Es usted cabeza de familia? Si ☐ NO ☐

¿Con quien comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie ✓ Con el cónyuge ☐ Con otros ☐

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 4

¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 4

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indígena ☐ Afro colombiano / ROM ☐ Negro / Mestizo ✓ Raizal ☐

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales?
Mujer en estado de embarazo ☐
Victima de violencia y/o conflicto armado ☐
Niño o niña trabajador (-15 años) ☐
Adulto mayor ☐
Con una enfermedad huerfana ☐
Reclusos INPEC ☐
Desplazado ☐
Desmovilizado ☐
Joven trabajador entre 15 y 18 años? ☐
Mujer rural trabajadora ☐
En condición de discapacidad ☐
Población rural migratoria ☐
Ninguno ✓

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?
Violencia sociopolitica ☐ Desastre natural ☐ Cambio climático ☐
Otro: ☐ ¿Cuál?

Edad (En años cumplidos) 31

Genero: LGBTI ☐ Otro: ¿Cuál?

¿Pertenece a alguna forma de organización social?
Organización de grupos etnicos ☐ Org. de población desplazada ☐ Grupos religiosos ☐ Redes barriales comunitarios ☐
Organización de trabajadores ☐ Grupos de mujer y genero ☐ Otra ☐ Ninguna ✓

La vivienda donde habita es: Propia ☐ Arrendada ✓ Familiar ☐ Vivienda suministrada por el empleador ☐ otro ☐

¿Cuál es su estrato socioeconomico? 2

INFORMACION SOCIOECONOMICA

Durante los ultimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016) 5212
¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 2
¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) 24

Su oficio o ocupación lo realiza de manera: Ambulante ✓ Estacionaria ☐ Semiestacionaria ☐

¿Cuántas horas trabaja al día? 8

¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 ✓ 7

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI ✓ NO ☐

¿Jornada de trabajo? Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ✓

Posición ocupacional: Obrero, empleado particular ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Jornalero, peón ☐ Obrero, empleado del gobierno ☐
Patrón o empleador ✓ Trabajador sin remuneración ☐ Empleado doméstico ☐ Otro ☐ Cual? ____

Forma de pago: Destajo ✓ Remunerado ☐ Especie ☐ Ninguno ☐

Nivel de ingresos mensuales: Menos de 1 SLMV ✓ 1 SLMV ☐ Mas de 1 SLMV ☐ Mas de 2 SLMV ☐ Mas de 3 SLMV ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
Muy seguro ☐ Seguro ☐ Poco seguro ☐ Muy inseguro ✓

Peligros por condiciones de seguridad
Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos ☐
Electrico (alta y baja tensión, estatica) ☐
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos ✓
Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) ☐
Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento ☐
Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) ☐
Trabajo en alturas (por encima de 1,50) ☐
Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable ☐
Ningun peligro de condicion de seguridad ☐

PELIGRO FISICO	PELIGRO BIOMECÁNICO
Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	Postura (prolongada mantenida, forzada,
Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones
Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o sucesión, como ellevantamiento, empuje,
Temperaturas extremas (calor y frio)	Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunta de los musculos, los tuesos, las articulaciones
Presión atmosférica (normal y ajustada)	Ningun peligro biomecanico ✓
Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)	
Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)	
Ningun peligro fisico	
PELIGRO QUÍMICO	**PELIGRO POR FENóMENOS NATURALES**
Polvos (orgánicos, inorgánicos)	Sismo
Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1	Terremoto
Liquidos (nieblas y rocios)	Vendaval
Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema [illegible]	Inundación
Humos (metalicos, no metalicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas [illegible]	Derrumbe
Ningun peligro Quimico	Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)
	Ningun peligro por fenomenos naturales
PELIGRO BIOLÓGICO	**PELIGRO PSICOSOCIAL**
Virus	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, [illegible]
Bacterias	Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo,
Hongos	Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)
Ricketsias	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonia, etc)
Parásitos	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomia y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)
Picaduras	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)
Mordeduras	Ningun peligro Psicosocial ✓
Unidas o escarpentinos	
Ningun peligro biologico	

Utiliza elementos de proteccion personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI ☐ NO ✓

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140819-1 TELÉFONO 812 4315 - 310 560 4347

SCAN AnyScanner

Cuales?

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas conexas.	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar	
						87.8.8 Delantal plástico	

¿Qué hace con la ropa o indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	
La lleva a la casa y la lava aparte	✓
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se puede presentar ene le lugar donde desarrolla su oficio u ocupació? SI ☐ NO ☑

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? SI ☐ NO ☑

Si la respuesta es SI, seleccione:

Extintor ☐
Botiquin de primeros ☐
Rutas de evacuación ☐
Salidas de emergencia ☑
Ninguna

CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL TRABAJADOR

Diria usted que en general su salud es: Mala: ☐ Regular ☐ Buena ☑
Excelente ☐ Muy buena ☐

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud física? Si ☑ No ☐

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud mental? ☑

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicologo o psiquiatra? Si ☐ No ☑

¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐

En caso que en el ultimo mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente comun ☐ Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐ Enfermedad común ☐

Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

En los ultimos 12 meses ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor Si ☐ No ☑

En los ultimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enferemedad relacionada con su oficio u ocupación?
Si ☐ No ☑ No sabe / No responde ☐

Cuantos accidentes ha sufrido en los ultimos 12 meses? 0

El acciente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón, sin herida			Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento 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			Otro		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones múltiples		
Abdomen			Lesiones generales u otras.		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO
Máquinas y/o equipos			Caídas de personas		
Medios de transporte			Caídas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			Pisadas, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		
otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
Agentes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras		
			Otro.		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 660 4347

SCAN AnyScanner

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

77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐

¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupaci

¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente?

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

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

Otro ☐

En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐ NO SABE/NO RESPONDE ☐

Sistema organico afectado:

Piel ☐ Respiratorio ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Osteomuscular ☐

Cardiovascular ☐ Gastrico ☐ Renal ☐ Reproductivo ☐ Neurologico ☐

Mental ☐ otro ☐

Cual fue esa enfmedad? _____

El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? SI ☐ NO ☐

¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

ESTILO Y CONDICIONES DE VIDA

¿Cuál es su peso? (kilogramos) 81

Cual es su estatura? (Centimetros) 1.80

Perimetro abdominal

Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo? (en años)

¿Usted fuma o fumo? Si ☐ No ☐

Cuantos cigarrillos fuma al dia? 3

¿Desarrolla alguna actividad fisica? Si ☐ No ☐

Cuantas horas al dia lo practica?

¿Consume alcohol? Si ☐ No ☐

Cuantos dias a la semana realiza AF?

Con que frecuencia consume alcohol? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

¿Usted consume sustancias psicoactivas? Si ☐ No ☐

Cuales sustancias psicoacctivas consume? Marihuana ☐ Bazuco ☐ cocaina ☐ Otras psicoactivas ☐

Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? Si ☐ No ☐

Con que frecuencia consume frutas y verduras? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

ENCUESTA DE SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ULTIMO MES

Seleccione el o los sintomas que el trabajador refiera haber tenido en el ultimo mes

Dolor de cabeza ☐	Dolor de cuello ☐	Dolor de pecho ☐	
Dolor de espalda ☐	Dolor en hombos o brazos ☐	Dolor en muñecas o manos ☐	
Dolor de miembros inferiores ☐	Adormecimiento u hormigueo en las manos ☐	Adormecimiento u hormigueo en mmiembrosinferiores ☐	
mareo, dolor, supuración, zumbidos o pitos en el oido ☐	Disminución de la visión, secreción, ardor, cansancio de ojos, ojos rojos ☐	Tos, expectoración, disnea, gripa frecuente ☐	
Enrojecimiento, ampollas, descamación, comezón, cambio de color de la piel ☐	Nauseas, vomito, diarrea ☐	Le cuesta dormir o duerme mal ☐	
Sensación continua de cansancio ☐	Se siente de mal humor, irritable ☐	Falta de concentración ☐	
Falta de memoria ☐	Problemas de la voz ☐	Problemas de ansiedad y depresión ☐	
Otros ☐	Ningún síntoma ☐		

INTERVENCION

INTERVENCIÓN

Intervención Realizada

- ☑ Sensibilización en afiliación al sistema genaral de seguridad social
- ☐ Educación en minimización de riesgo químico
- ☐ Educación en minimización de riesgo biologico
- ☐ Educación en minimización de riesgo físico
- ☐ Educación en minimización de riesgo psicosocial
- ☐ Educación en minimización de riesgo ergónomico
- ☐ Educación en minimización de riesgo público
- ☑ Respuesta ante emergencia
- ☑ Uso de elementos de protección personal
- ☐ Promoción de actos seguros en entorno laboral
- ☐ Otras sensibilizaciones

Firma → WILSON CALLE

CC → 1019040426

FOTOGRAFIA DEL EVENTO DE SENSIBILIZACIÓN

FOTOGRAFIA DEL LISTADO DE ASISTENCIA

FINALIZACIÓN

Hora de Culminación 09:10 am

Firma del encuestador Leidy Gomez

AnyScanner

ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO LABORAL CON ENFASIS EN LA INFORMALIDAD

NÚMERO DE FICHA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO: DD MM AAAA

Hora de inicio: 09:30 am

MARQUE CON EL PROGRAMA
Empleo APS
Proyecto de entorno laboral saludable ELS
Municipio

FUENTE DE ENCUESTADOR
Ámbito Laboral
UAT
Otras formaciones

FECHA DE CARACTERIZACIÓN: 16 / 01 / 2023

Nombre del Encuestador: Leidy Johanna Gomez Herrera

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC ☑ CE ☐ TI ☐ PA ☐ PE ☐ SC ☐

Número: 1024508888

LUGAR DE TRABAJO

Indique el número de trabajadores de esta unidad de trabajo informal (UTI): 1

Indique el número de trabajadores a caracterizar de esta unidad de trabajo informal (UTI): 1

IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

Ámbito Territorial: Urbano ☐ Alta Ruralidad ☐ Rural Disperso ☐

Municipio: Soacha

Localidad:

División Geográfica: Vereda ☐ Otro ☐ Barrio: Bosque Campestre

Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio o ocupación: cl 7 Sur 16 A 152

¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio o ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)

Energía ☐ Acueducto ☐ Alcantarillado ☐ Teléfono fijo ☐ Teléfono móvil ☑ Gas ☐

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL: LTI Fijo ☐ LTI Móvil ☐ Compartido con la vivienda ☐

Número de celular: 3045649342

Teléfono fijo:

PROCESO PRODUCTIVO

Seleccione la actividad económica

Agricultura ☐	Pesca ☐	Transporte ☐	Manufactura ☐	Verdedor de Dulceria
Construcción ☐	Metalmecánica ☐	Minería ☐	Otro ☐ (Cuál)	
Ganadería ☐	Silvicultura ☐	Comercio ☑		

HABITABILIDAD

Existen en el territorio escenarios de capacitación para el desempeño profesional, artesanal, artístico, ocupacional y técnico, como: (Puede señalar varias opciones)

- Escenarios Formales ☐
- Educación para el trabajo y el desarrollo humano ☐
- Escenarios Informales ☐
- Ninguno (Pase a la pregunta 17) ☑

Las personas que trabajan en el lugar de trabajo, han recibido capacitaciones en algunos de estos escenarios?

Sí ☐ No ☑

Seleccione el tema de la capacitación que ha recibido:
- Formalización y beneficios de la seguridad social ☐
- Procesos de registro invima ☐
- Diseño y registro de marcas ☐
- Etiquetado ☐
- Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo ☐
- Elementos de protección personal ☐
- Otra capacitación ☐

Mencione cual de los siguientes programas se realizó la capacitación:
- Mercados campesinos ☐
- CPIGUEDO ☐
- Dimensión de salud y ámbito laboral ☐
- Secretaría de salud municipal ☐
- Dirección de Aseguramiento Secretaría de Salud Departamental ☐

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el último año ha realizado las siguientes actividades?

- Simulacros en casos de emergencia? ☐
- Mantenimiento de maquinaria para evitar accidentes? ☐
- Educación a los trabajadores para evitar accidentes? ☐
- Control de los factores de riesgo prioritarios ☐

INFORMACIÓN GENERAL DEL TRABAJADOR

Primer apellido: Reyes
Segundo apellido: Molinbano
Primer nombre: Alfredo
Segundo nombre: Jose

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐ SC ☐
Número de documento: 6465046

Fecha de nacimiento: DD 29 MM 09 AAAA 1961
Correo electrónico:
Dirección de residencia: Soacha
Teléfono celular: 3045649342
Municipio: cl 7 sur 16 A 152
Seleccione la vereda:

SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

Se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos laborales? SI ☐ NO ☑

Afiliado a salud? SI ☐ NO ☑
Cuál es el nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado?
A qué régimen de seguridad pertenece?
- Contributivo (cotizante) ☐
- Contributivo (beneficiario) ☐
- subsidiado ☐
- vinculado ☐
- particular ☐

Afiliado a pensiones? SI ☐ NO ☑
seleccione su fondo de pensiones
seleccione su ARL

Afiliado a caja de compensación familiar? SI ☐ NO ☑
Seleccione su caja de compensación
Se encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez?
- pensión ☐
- Programa Colombia Mayor ☐
- BEPS ☐
- Otro ☐

Se encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez? ☐ NO ☑

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo M [x] F [ ] ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado / Unión libre [x] Soltero [ ] Separado [ ] Viudo [ ]

¿Cuál es su nivel de escolaridad?
Primaria incompleta [ ] Primaria completa [ ] Secundaria incompleta [ ] Secundaria completa [x] Técnico [ ] Tecnológico [ ] Universitario incomplet [ ] Universitario completo [ ] Ninguna [ ] Otro [ ]

¿Cuál? _____ Años de escolaridad aprobados: [ ]

¿Es usted cabeza de familia? SI [x] NO [ ] ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie [x] Con el cónyugue [ ] Con otros [ ]

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? [3] ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [2]

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indigena [ ] Afro colombiano [ ] ROM [ ] Negro [ ] Mestizo [ ] Raizal [ ]

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales?
Mujer en estado de embarazo [ ] Desplazado [ ] Desmovilizado [ ]
Victima de violencia y/o conflicto armado [ ] Joven trabajador entre 15 y 18 años? [ ]
Niño o niña trabajador (-15 años) [ ] Mujer rural trabajadora [ ]
Adulto mayor [ ] En condición de discapacidad [ ]
Con una enfermedad huerfana [ ] Población rural migratoria [ ]
Reclusos INPEC [ ] Ninguno [ ]

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? Violencia sociopolitica [ ] Desastre natural [ ] Cambio climático [ ]
Otro: [ ] ¿Cuál? _____

Edad (En años cumplidos) [61] Genero: LGBTI [ ] Otro: _____ ¿Cuál? _____

¿Pertenece a alguna forma de organización social? Organización de grupos etnicos [ ] Org. de poblacion desplazada [ ] Grupos religiosos [ ] Redes barriales comunitarios [ ]
Organización de trabajadores [ ] Grupos de mujer y genero [ ] Otra [ ] Ninguna [ ]

La vivienda donde habita es: Propia [ ] Arrendada [ ] Familiar [ ] Vivienda suministrada por el empleador [ ]
otro [ ]

¿Cuál es su estrato socioeconomico? [2]

INFORMACION SOCIOECONOMICA [5212]

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) [4]
¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) [48]

Su oficio u ocupación lo realiza de manera: Ambulante [ ] Estacionaria [ ] Semiestacionaria [x]

¿Cuántas horas trabaja al día? [10] ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI [ ] NO [x]

Jornada de trabajo? Diurna [ ] Nocturna [ ] Mixta [x]

Posición ocupacional: Obrero, empleado particular [ ] Trabajador por cuenta propia [ ] Jornalero, peón [ ] Obrero, empleado del gobierno [ ]
Patrón o empleador [x] Trabajador sin remuneración [ ] Empleado doméstico [ ] Otro [ ] Cual? _____

forma de pago: Destajo [x] Remunerado [ ] Especie [ ] Ninguno [ ]

Nivel de ingresos mensuales: Menos de 1 SLMV [x] 1 SLMV [ ] Mas de 1 SLMV [ ] Mas de 2 SLMV [ ] Mas de 3 SLMV [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
Muy seguro [ ] Seguro [ ] Poco seguro [ ] Muy inseguro [x]

Peligros por condiciones de seguridad
Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos [ ]
Electrico (alta y baja tensión, estatica) [ ]
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos [ ]
Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) [ ]
Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento [x]
Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) [ ]
Trabajo en alturas (por encima de 1,50) [ ]
Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable [ ]
Ningun peligro de condicion de seguridad [ ]

PELIGRO FISICO		PELIGRO BIOMECANICO	
Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		Postura (prolongada mantenida, forzada,	
Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones	
Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o sucesión, como ellevantamiento, empuje, tracción.	
Temperaturas extremas (calor y frío)		Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunta de los musculos, los huesos, las articulaciones	
Presión atmosférica (normal y ajustada)		Ningun peligro biomecanico	
Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)			
Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			
Ningun peligro fisico			
PELIGRO QUÍMICO		**PELIGRO POR FENóMENOS NATURALES**	
Polvos (orgánicos, inorgánicos)		Sismo	
Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1		Terremoto	[x]
Líquidos (nieblas y rocíos)		Vendaval	
Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema nervioso central, infarto)		Inundación	
Humos (metálicos, no metálicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas atemperatura y presion normal)		Derrumbe	
Ningun peligro Químico		Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	
		Ningun peligro por fenomenos naturales	
PELIGRO BIOLÓGICO		**PELIGRO PSICOSOCIAL**	
Virus		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	[x]
Bacterias		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	[x]
Hongos		Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	[x]
Ricketsias		Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	[x]
Parásitos		Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	[x]
Picaduras		Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	[x]
Mordeduras		Ningun peligro Psicosocial	
Fluidos o excrementos			
Ningun peligro biologico			

Utiliza elementos de proteccion personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI [ ] NO [x]

SCAN AnyScanner

47.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA	47.2. PROTECCIÓN AUDITIVA	47.3. PROTECCIÓN DEL TRONCO	47.4. PROTECCIÓN DE OJOS Y CARA
47.1.1 Cascos para usos especiales	47.2.1 Gafas de montura universal con o sin protectores laterales	47.3.1 Chalecos	47.4.1 Caretas
47.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo	47.2.2 Gafas de montura integral	47.3.2 Fajones para las caídas de un nivel a diferente	47.4.2 Gafas para gases
47.1.3 Prendas de protección para la cabeza	47.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos	47.3.3 Protectores pulmonares	47.4.3 Gafas para soldar
47.1.4 Sombreros	47.2.4 Pantalla facial	47.3.4 Cojines antiimpacto	47.4.4 Gafas antiimpactos
47.1.5 Gorra o cachucha	47.2.5 Pantalla de soldadura de mano		
	47.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza		
47.5. PROTECCIÓN DE EXTREMIDADES SUPERIORES (MANOS)	47.6. PROTECCIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES (PIES)	47.7. CAÍDAS A DESNIVEL	47.8. BARRA DE PROTECCIÓN
47.5.1 Guantes de látex	47.6.1 Calzado de seguridad	47.7.1 Eslinga	47.8.1 Cuerda (poliamida, poliéster)
47.5.2 Guantes de nitrilo	47.6.2 Calzado de trabajo	47.7.2 Dispositivo de seguridad	47.8.2 Arnés de cuerpo completo
47.5.3 Guantes de neopreno	47.6.3 Calzado dieléctrico	47.7.3 Anclaje	47.8.3 Cuerda de vida
47.5.4 Guantes de nylon	47.6.4 Calzado antiestático	47.7.4 Cuerda con dispositivo anticaídas	47.8.4 Dispositivos anticaídas
	47.6.5 Botas de caucho	47.7.5 Línea de vida	47.8.5 Cuerda salva vidas
		47.7.6 Mosquetones	47.8.6 Cuerda de descenso
			47.8.7 Cuerda (bajo de nylon)
			47.8.8 Cuerda (poliéster)

¿Que hace con la ropa e indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	
La lleva a la casa y la lava aparte	✓
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueda presentar en el lugar donde desarrolla su oficio o ocupación? SI ☐ NO ☐

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es SI, seleccione:

Botiquin de primeros auxilios	☐	Salidas de emergencia	☐
Ruta de evacuación	☐	Ninguna	☐

CONDICIONES DE SALUD REPORTADAS POR EL TRABAJADOR

Diria usted que en general su salud es: Malo ☐ Regular ☐ Buena ☐
Excelente ☐ Muy buena ☐

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud física? SI ☐ NO ☐

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud mental?

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicólogo o psiquiatra? SI ☐ NO ☐

¿Donde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐

En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente común ☐ Accidente relacionado con su oficio o ocupación ☐ Enfermedad común ☐

Enfermedad relacionada con su oficio y ocupación ☐

En los últimos 12 meses ¿He sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor SI ☐ NO ☐

En los últimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

SI ☐ NO ☐ No sabe / No responde ☐

Cuantos accidentes he sufrido en los últimos 12 meses? 0

El accidente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, herida o lacerac(on de musculo o tendón, sin herida			Efecto del tiempo, del clima y otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
Trauma interno			Asfixia		
Amputación			Efecto de la electricidad		
Herida			Efecto nocivo de la radiación		
Trauma superficial			lesiones multiples		
Golpe, contusión o aplastamiento			Otra		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones multiples		
Abdomen			Lesiones generales y otras		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causa del accidente (agente)	SI	NO	Causa del accidente (mecanismo)	SI	NO
Maquinas y/o equipos			Caidas de personas		
Medios de transporte			Caidas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			Golpes, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, movilidad			Sobreesfuerzo, esfuerzos excesivos o falso movimiento		
otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
Agentes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o asfixiantes		
			Otro		

SCAN AnyScanner

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

77.1 Puesto de salud | 77.2 Hospital | 77.3 Consultorio particular | 77.4 Consultorio | 77.5 Ninguno | 77.6 Otro ¿cuál?

¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? SI | NO

¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

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

¿Cuántos días dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente?

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

Grupo organizado de trabajadores informales | El trabajador o la familia | Empresa / Entidades de Servicios de Salud | Otro

En los últimos 12 meses ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? SI | NO | NO SABE/NO RESPONDE

Sistema orgánico afectado: Piel | Respiratorio | Visual | Auditivo | Osteomuscular | Cardiovascular | Cáncer | Renal | Reproductivo | Neurológico | Mental | otro

Cuál fue esa enfermedad?

El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? SI | NO

¿Qué tipo de discapacidad le fue causada? Sensorial | Física | Mental

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

¿Cuál es su peso? (Kilogramos) 88 | Cuál es su estatura? (Centímetros) 182

Perímetro abdominal

¿Usted fuma o fumó? SI | No | Cuantos cigarrillos fuma al día?

¿Desarrolla alguna actividad física? SI | No | Cuantas horas al día la practica?

¿Consume alcohol? SI | No | Cuantos días a la semana realiza AF?

Con que frecuencia consume alcohol? Diario | Semanal | Quincenal | Ocasionalmente | Nunca

¿Usted consume sustancias psicoactivas? SI | No | Cuales sustancias psicoactivas consume? Marihuana | Cocaína | Basuco | Otras psicoactivas

Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo? (en años)

Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? SI | NO

Con que frecuencia consume frutas y verduras? Diario | Semanal | Quincenal | ocasionalmente | Nunca

ENCUESTA DE SINTOMAS PERCEPTIVOS EN EL ULTIMO MES

Seleccione el o los síntomas que el trabajador refiere haber tenido en el último mes

- Dolor de cabeza
- Dolor de espalda
- Dolor de miembros inferiores
- Dolor de cuello
- Dolor en hombro o brazo
- Adormecimiento o hormigueo en las manos
- Dolor de pecho
- Dolor en muñecas o manos
- Adormecimiento o hormigueo en miembros inferiores
- Tos, expectoración, ronca, gripa frecuente
- Le cuesta dormir o duerme mal
- Falla en concentración
- Problemas de ansiedad y depresión
- Disminución de la visión, aparición súbita, cansancio de ojos, ojos rojos
- Nauseas, vomito, diarrea
- Se siente de mal humor, irritable
- Problemas de la voz
- Ninguno síntoma
- Herida, dolor, supuración, zumbidos o pitos en el oído
- Enrojecimiento, ampollas descamación, comezón, cambio de color de la piel
- Sensación continua de cansancio
- Falta de memoria
- Otros

INTERVENCIÓN

Intervención realizada

- Sensibilización en afiliación al sistema general de seguridad social
- Educación en minimización de riesgo químico
- Educación en minimización de riesgo biológico
- Educación en minimización de riesgo físico
- Educación en minimización de riesgo psicosocial
- Educación en minimización de riesgo ergonómico
- Educación en minimización de riesgo público
- Respuesta ante emergencia
- Uso de elementos de protección personal
- Promoción de actos seguros en entorno laboral
- Otras sensibilizaciones

Firma

CC -

FOTOGRAFIA DEL EVENTO DE SENSIBILIZACIÓN

FOTOGRAFIA DEL LISTADO DE ASISTENCIA

FINALIZACIÓN

Hora de Culminación 10:40 am | Firma del encuestador Jeray Gomez

ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO LABORAL CON ÉNFASIS EN LA INFORMALIDAD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DD MM AAAA

NUMERO DE FICHA

Hora de inicio 11:00 am

SELECCIONE EL PROGRAMA
- [x] Estrategia APS
- [ ] Procesos de entorno laboral saludable ELS
- [ ] Municipios

TIPO DE ENCUESTADOR
- [x] Técnico Labora
- [ ] GEBI
- [ ] Otras formaciones

FECHA DE CARACTERIZACION DD 16 MM 01 AAAA 2023

Nombre del Encuestador: Leidy Johanna Gomez Herrero

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] Número 1024508833

LUGAR DE TRABAJO

Indique el número de trabajadores de esta unidad de trabajo informal (UTI): 1

Indique el número de trabajadores a caracterizar de esta unidad de trabajo informal (UTI): 1

IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

AMBITO TERRITORIAL
- [x] Urbano
- [ ] Alta Ruralidad
- [ ] Rural Disperso

Municipio: Soacha

Localización:

DIVISION GEOGRÁFICA
Vereda:

Otro:

Barrio: Parque Campestre

Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: cl 7 sur 16 A 152

¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)

Energía	Acueducto	Alcantarillado	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Gas
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL: LTI FIJO [ ] LTI MÓVIL [x] Compartido con la vivienda [ ]

Número de celular: 3207877039

Teléfono fijo:

PROCESO PRODUCTIVO

Seleccione la actividad económica

agricultura	[ ]	**Pesca**	[ ]	Transporte	[ ]	Manufactura	[ ]
Construcción	[ ]	Metalmecánica	[ ]	Minería	[ ]	Otro	[ ]
Ganadería	[ ]	Silvicultura	[ ]	Comercio	[x]	¿Cuál?	Vendedor

HABITABILIDAD

Existen en el territorio escenarios de capacitación para el desempeño profesional, artesanal, artístico, ocupacional y técnico, como: (Puede señalar varias opciones)
- [ ] Escenarios Formales
- [ ] Educación para el trabajo y el desarrollo humano
- [x] Escenarios Informales
- [ ] Ninguno (Pase a la pregunta 17)

Las personas que trabajan en el lugar de trabajo, han recibido capacitaciones en algunos de estos escenarios?
- [ ] Si
- [x] No

Seleccione el tema dela capacitacion que ha recibido
- Formalización y beneficios de la seguridad social
- procesos de registro invima
- Diseño y registro de marcas
- Etiqueta
- Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
- elementos de proteccion personal
- otra capacitación

Mediante cual de los siguientes programas se realizó la capacitacion
- Mercados campesinos
- CIPUEDO
- Dimensión de salud y ambito laboral
- Secretaria de salud municipal
- Direccion de Aseguramiento Secretaria de Salud Departamental

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el último año ha realizado las siguientes actividades?

- Simulacros en casos de emergencia?
- Mantenimiento de maquinaria para evitar accidentes?
- Educación a los trabajadores para evitar accidentes?
- Control de los Factores de riesgo prioritarios

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

Primer apellido: Murillo

segundo apellido: Aguirre

primer nombre: Silvio

segundo nombre: Antonio

Tipo de documento: CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ]

Número de documento: 6.557758

Fecha de nacimiento: DD 10 MM 05 AAAA 1953

Correo electrónico:

Direccion de residencia: cl 7 sur 16 A 152

Telefono célular: 3207877039

Municipio: Soacha

Seleccione la vereda:

SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos laborales ? SI [ ] NO [x]

Afiliado a salud? SI [x] NO [ ]
Cual es el nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado? COMPENSAR
A que regimen de seguridad pertenece?
- Contributivo (cotizante) [x]
- Contributivo (beneficiario [ ]
- subsidiado [ ]
- vinculado [ ]
- particular [ ]

Afiliado a pensiones? SI [ ] NO [x]
selecciones su fonde de pensiones
seleccione su ARL

Afiliado a caja de compensacion familiar? SI [ ] NO [x]
Selecciones su caja decompensación
Se encuentra afiliado a un programa para la proteccion de la vejez?
- pensión [ ]
- Programa Colombia Mayor [ ]
- BEPS [ ]
- Otro [ ]

Se encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez? SI [ ] NO [x]

CRA. 10 # 16 - 82 BARRIO LOS ALPES - HOSPITAL DEL NIÑO - CORREOS DEL INFANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 660 4347

SCAN AnyScanner

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo M [✓] F [ ]

¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado [ ] Unión libre [ ] Soltero [ ] Separado [ ] Viudo [ ]

¿Cuál es su nivel de escolaridad? Primaria incompleta [ ] Primaria completa [ ] Secundaria incompleta [ ] Secundaria completa [✓] Técnico [ ] Tecnológico [ ] Universitario incomplet [ ] Universitario completo [ ] Ninguna [ ] Otro [ ]

¿Cuál? _____ Años de escolaridad aprobados: [ ]

¿Es usted cabeza de familia? SI [✓] NO [ ] ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie [✓] Con el cónyugue [ ] Con otros [ ]

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? [2] ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indígena [ ] Afro colombiano [ ] ROM [ ] Negro [ ] Mestizo [ ] Raizal [ ]

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales?
- Mujer en estado de embarazo [ ]
- Victima de violencia y/o conflicto armado [ ]
- Niño o niña trabajador (-15 años) [ ]
- Adulto mayor [ ]
- Con una enfermedad huerfana [ ]
- Reclusos INPEC [ ]
- Desplazado [ ]
- Desmovilizado [ ]
- Joven trabajador entre 15 y 18 años? [ ]
- Mujer rural trabajadora [ ]
- En condición de discapacidad [ ]
- Población rural migratoria [ ]
- Ninguno [✓]

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? Violencia sociopolitica [ ] Desastre natural [ ] Cambio climático [ ] Otro: [ ] ¿Cuál? _____

Edad (En años cumplidos) 69 Genero: LGBTI [ ] Otro: [ ] ¿Cuál? _____

¿Pertenece a alguna forma de organización social? Organización de grupos etnicos [ ] Org, de poblacion desplazada [ ] Grupos religiosos [ ] Redes barriales comunitarios [ ] Organización de trabajadores [ ] Grupos de mujer y genero [ ] Otra [ ] Ninguna [✓]

La vivienda donde habita es: Propia [ ] Arrendada [✓] Familiar [ ] Vivienda suministrada por el empleador [ ] otro [ ]

¿Cuál es su estrato socioeconomico? 2

INFORMACION SOCIOECONOMICA

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016) 5212

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 15

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) 180

Su oficio u ocupación lo realiza de manera: Ambulante [ ] Estacionaria [ ] Semiestacionaria [✓]

¿Cuántas horas trabaja al día? 10 ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI [✓] NO [ ]

¿jornada de trabajo? Diurna [ ] Nocturna [ ] Mixta [✓]

Posición ocupacional: Obrero, empleado particular [ ] Trabajador por cuenta propia [ ] Jornalero, peón [ ] Obrero, empleado del gobierno [ ] Patrón o empleador [✓] Trabajador sin remuneración [ ] Empleado doméstico [ ] Otro [ ] Cual? _____

forma de pago: Destajo [✓] Remunerado [ ] Especie [ ] Ninguno [ ]

Nivel de ingresos mensuales: Menos de 1 SLMV [✓] 1 SLMV [ ] Mas de 1 SLMV [ ] Mas de 2 SLMV [ ] Mas de 3 SLMV [ ]

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es: Muy seguro [ ] Seguro [ ] Poco seguro [ ] Muy inseguro [✓]

Peligros por condiciones de seguridad

- Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos [ ]
- Electrico (alta y baja tensión, estatica) [ ]
- Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos [ ]
- Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) [ ]
- Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento [✓]
- Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) [ ]
- Trabajo en alturas (por encima de 1,50) [ ]
- Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable [ ]
- Ningun peligro de condicion de seguridad [ ]

PELIGRO FÍSICO		PELIGRO BIOMECÁNICO	
Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		Postura (prolongada mantenida, forzada,	
Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones	
Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o succión, como ellevantamiento, empuje, tracción,	
Temperaturas extremas (calor y frío)		Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunta de los músculos, los huesos, las articulaciones	
Presión atmosférica (normal y ajustada)		Ningun peligro biomecanico	
Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)			
Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			
Ningun peligro fisico			
PELIGRO QUÍMICO		**PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES**	
Polvos (orgánicos, inorgánicos)		Sismo	
Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1		Terremoto	✓
Líquidos (nieblas y rocíos)		Vendaval	
Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema nervioso central, muerte)		Inundación	
Humos (metálicos, no metálicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas atemperatura y precion normal)		Derrumbe	
Ningun peligro Químico		Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	
		Ningun peligro por fenomenos naturales	
PELIGRO BIOLÓGICO		**PELIGRO PSICOSOCIAL**	
Virus		Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
Bacterias		Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
Hongos		Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
Ricketsias		Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc)	
Parásitos		Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
Picaduras		Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
Mordeduras		Ningun peligro Psicosocial	
Fluidos o excrementos			
Ningun peligro biologico			

Utiliza elementos de proteccion personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI [ ] NO [✓]

SCAN AnyScanner

Cuales?

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o capucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas conexas.	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar	
						87.8.8 Delantal plástico	

¿Qué hace con la ropa o indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	
La lleva a la casa y la lava aparte	
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se puede presentar ene le lugar donde desarrolla su oficio u ocupació? SI NO

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? SI NO

Si la respuesta es SI, seleccione:

Extintor
Botiquin de primeros
Rutas de evacuación

Salidas de emergencia
Ninguna

CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL TRABAJADOR

Diría usted que en general su salud es: Mala: Excelente / Regular Muy buena / Buena

¿En los Ultimos 30 dias estuvo bien de salud fisica? Si No

¿En los Ultimos 30 dias estuvo bien de salud mental?

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicologo o psiquiatra? Si No

¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo / Hogar / Otro

En caso que en el ultimo mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente comun / Accidente relacionado con su oficio u ocupación / Enfermedad común

Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación

En los ultimos 12 meses ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor Si No

En los ultimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enferemedad relacionada con su oficio u ocupación?

Si / No / No sabe / No responde

Cuantos accidentes ha sufrido en los ultimos 12 meses? 0

El acciente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón, sin herida			Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicacion 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			Otro		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones múltiples		
Abdomen			Lesiones generales u otras.		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO
Máquinas y/o equipos			Caídas de personas		
Medios de transporte			Caídas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			Pisadas, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		
otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
Agentes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras		
			Otro.		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518 - 1 TELÉFONO: 612 4315 - 310 560 4347

SCAN AnyScanner

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

77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐

¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupaci

¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente?

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

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

Otro ☐

En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐ NO SABE/NO RESPONDE ☐

Sistema organico afectado:

Piel	☐	Respiratorio	☐	Visual	☐	Auditivo	☐
Cardiovascular	☐	Gastrico	☐	Renal	☐	Reproductivo	☐
Mental	☐	otro	☐				

Osteomuscular ☐ Neurologico ☐

Cual fue esa enfmedad? _____

El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? SI ☐ NO ☐

¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

ESTILO Y CONDICIONES DE VIDA

¿Cuál es su peso? (kilogramos) 74 Cual es su estatura? (Centimetros) 1.74

Perimetro abdominal

Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo? (en años)

¿Usted fuma o fumo? Si ☐ No ☐ Cuantos cigarrillos fuma al día? _____

¿Desarrolla alguna actividad fisica? Si ☐ No ☐ Cuantos dias a la semana realiza AF? Cuantas horas al dia lo practica?

¿Consume alcohol? Si ☐ No ☐ Con que frecuencia consume alcohol? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

¿Usted consume sustancias psicoactivas? Si ☐ No ☐ Cuales sustancias psicoacctivas consume? Marihuana ☐ Bazuco ☐ cocaina ☐ Otras psicoactivas ☐

Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? Si ☐ No ☐

Con que frecuencia consume frutas y verduras? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

ENCUESTA DE SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ULTIMO MES

Seleccione el o los síntomas que el trabajador refiera haber tenido en el ultimo mes

Dolor de cabeza	☐	Dolor de cuello	☐	Dolor de pecho	☐
Dolor de espalda	☐	Dolor en hombos o brazos	☐	Dolor en muñecas o manos	☐
Dolor de miembros inferiores	☐	Adormecimiento u hormigueo en las manos	☐	Adormecimiento u hormigueo en mmiembrosinferiores	☐
mareo, dolor, supuración, zumbidos o pitos en el oido	☐	Disminución de la visión, secreción, ardor, cansancio de ojos, ojos rojos	☐	Tos, expectoración, disnea, gripa frecuente	☐
Enrojecimiento, ampollas, descamación, comezón, cambio de color de la piel	☐	Nauseas, vomito, diarrea	☐	Le cuesta dormir o duerme mal	☐
Sensación continua de cansancio	☐	Se siente de mal humor, irritable	☐	Falta de concentración	☐
Falta de memoria	☐	Problemas de la voz	☐	Problemas de ansiedad y depresión	☐
Otros	☐	Ningún síntoma	☐		

INTERVENCION

INTERVENCIÓN

Intervención Realizada

- ☐ Sensibilización en afiliación al sistema genaral de seguridad social
- ☐ Educación en minimización de riesgo químico
- ☐ Educación en minimización de riesgo biologico
- ☐ Educación en minimización de riesgo fisico
- ☐ Educación en minimización de riesgo psicosocial
- ☐ Educación en minimización de riesgo ergónomico
- ☑ Educación en minimización de riesgo público
- ☐ Respuesta ante emergencia
- ☐ Uso de elementos de protección personal
- ☐ Promoción de actos seguros en entorno laboral
- ☐ Otras sensibilizaciones

Firma → [signature]

CC → 65[illegible]

FOTOGRAFIA DEL EVENTO DE SENSIBILIZACIÓN

FOTOGRAFIA DEL LISTADO DE ASISTENCIA

FINALIZACIÓN

Hora de Culminación 12 : 10 pm

Firma del encuestador Leidy Gomez

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140610-1 TELÉFONO: 612 4316 - 310 660 4347

SCAN AnyScanner

ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO LABORAL CON ÉNFASIS EN LA INFORMALIDAD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DD MM AAAA

NUMERO DE FICHA

Hora de Inicio 12:30 pm

SELECCIONE EL PROGRAMA
- [x] Estrategia APS
- [ ] Procesos de entorno laboral saludable ELS
- [ ] Municipios

TIPO DE ENCUESTADOR
- [x] Técnico Laboral
- [ ] Otras formaciones

FECHA DE CARACTERIZACION 16 01 2023

Nombre del Encuestador Leidy Johanny Gomez Herrera

Tipo de documento de identificación del encuestador CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] Número 1024508888

LUGAR DE TRABAJO

Indique el número de trabajadores de esta unidad de trabajo informal (UTI) 1

Indique el número de trabajadores a caracterizar de esta unidad de trabajo informal (UTI) 1

IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

AMBITO TERRITORIAL
- [x] Urbano
- [ ] Alta Ruralidad
- [ ] Rural Disperso

Municipio Soacha

Localización

DIVISION GEOGRÁFICA
Vereda

Otro

Barrio Parque compartir

Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cl 7 SUR 16 A 152

¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)

Energía [ ] Acueducto [ ] Alcantarillado [ ] Teléfono fijo [ ] Teléfono móvil [x] Gas [ ]

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL LTI FIJO [ ] LTI MÓVIL [x] Compartido con la vivienda [ ]

Número de celular 3208081972

Teléfono fijo

PROCESO PRODUCTIVO

Seleccione la actividad económica

- [ ] agricultura
- [ ] Construcción
- [ ] Ganadería
- [ ] Pesca
- [ ] Metalmecánica
- [ ] Silvicultura
- [ ] Transporte
- [ ] Minería
- [ ] Comercio
- [ ] Manufactura
- [x] Otro ¿Cuál? Venta chucha Venecolanos

HABITABILIDAD

Existen en el territorio escenarios de capacitación para el desempeño profesional, artesanal, artístico, ocupacional y técnico, como: (Puede señalar varias opciones)
- [ ] Escenarios Formales
- [ ] Educación para el trabajo y el desarrollo humano
- [ ] Escenarios Informales
- [x] Ninguno (Pase a la pregunta 17)

Las personas que trabajan en el lugar de trabajo, han recibido capacitaciones en algunos de estos escenarios?
- [ ] Si
- [x] No

Seleccione el tema dela capacitacion que ha recibido
- [ ] Formalización y beneficios de la seguridad social
- [ ] procesos de registro invima
- [ ] Diseño y registro de marcas
- [ ] Etiqueta
- [ ] Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
- [ ] elementos de proteccion personal
- [ ] otra capacitación

Mediante cual de los siguientes programas se realizó la capacitacion
- [ ] Mercados campesinos
- [ ] CIPUEDO
- [ ] Dimensión de salud y ambito laboral
- [ ] Secretaria de salud municipal
- [ ] Direccion de Aseguramiento Secretaria de Salud Departamental

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el último año ha realizado las siguientes actividades?
- [ ] Simulacros en casos de emergencia?
- [ ] Mantenimiento de maquinaria para evitar accidentes?
- [ ] Educación a los trabajadores para evitar accidentes?
- [ ] Control de los factores de riesgo prioritarios

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

Primer apellido Florez

segundo apellido Aldana

primer nombre Jonfer

segundo nombre Yoselin

Tipo de documento: CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ]

Número de documento PT 912559 520 IIII 989 C.V 1434823 9

Fecha de nacimiento DD 25 MM 11 AAAA 1989

Correo electrónico:

Direccion de residencia: Cl 7 SUR 16 A 152

Telefono celular: 3208081972

Municipio: Soacha

Selecciona la vereda:

SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos laborales ? SI [ ] NO [x]

Afiliado a salud? SI [x] NO [ ]

Cual es el nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado? FAMISANAR

A que regimen de seguridad pertenece?
- [ ] Contributivo (cotizante)
- [ ] Contributivo (beneficiario
- [ ] subsidiado
- [ ] vinculado
- [ ] particular

Afiliado a pensiones? SI [ ] NO [x]

seleccione su fonde de pensiones

seleccione su ARL

Afiliado a caja de compensacion familiar? SI [ ] NO [x]

Selecciones su caja decompensación

Se encuentra afiliado a un programa para la proteccion de la vejez?
- [ ] pensión
- [ ] Programa Colombia Mayor
- [ ] BEPS
- [ ] Otro

Se encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez? [ ] NO [x]

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140818-1 TELEFONO 612 4515 - 310 580 4347

SCAN AnyScanner

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo M ☐ F ☑ ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado ☐ Unión libre ☑ Soltero ☐ Separado ☐ Viudo ☐

¿Cuál es su nivel de escolaridad?
Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☑ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario incomplet ☐ Universitario completo ☐ Ninguna ☐ Otro ☐
¿Cuál? _____ Años de escolaridad aprobados: ☐☐

¿Es usted cabeza de familia? SI ☑ NO ☐ ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie ☐ Con el cónyugue ☑ Con otros ☑

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 1 ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 1

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indigena ☐ Afro colombiano ROM ☐ Negro Mestizo ☐ Raizal ☐

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales?
Mujer en estado de embarazo ☐
Victima de violencia y/o conflicto armado ☐
Niño o niña trabajador (-15 años) ☐
Adulto mayor ☐
Con una enfermedad huerfana ☐
Reclusos INPEC ☐
Desplazado ☐
Desmovilizado ☐
Joven trabajador entre 15 y 18 años? ☐
Mujer rural trabajadora ☐
En condición de discapacidad ☐
Población rural migratoria ☐
Ninguno ☑

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? Violencia sociopolítica ☐ Desastre natural ☐ Cambio climático ☐
Otro: ☐ ¿Cuál? _____

Edad (En años cumplidos) 33 Genero: LGBTI ☐ Otro: _____ ¿Cuál? _____

¿Pertenece a alguna forma de organizaciòn social?
Organización de grupos etnicos ☐ Org. de poblacion desplazada ☐ Grupos religiosos ☐ Redes barriales comunitarios ☐
Organización de trabajadores ☐ Grupos de mujer y genero ☐ Otra ☐ Ninguna ☑

La vivienda donde habita es: Propia ☐ Arrendada ☑ Familiar ☐ Vivienda suministrada por el empleador ☐ otro ☐

¿Cuál es su estrato socioeconomico? 2

INFORMACION SOCIOECONOMICA

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016) 5212 0
¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)
¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) 5

Su oficio u ocupación lo realiza de manera: Ambulante ☑ Estacionaria ☐ Semiestacionaria ☐

¿Cuántas horas trabaja al día? 9 ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 ☑

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI ☑ NO ☐

¿jornada de trabajo? Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☑

Posición ocupacional: Obrero, empleado particular ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Jornalero, peón ☐ Obrero, empleado del gobierno ☐
Patrón o empleador ☑ Trabajador sin remuneración ☐ Empleado doméstico ☐ Otro ☐ Cual? _____

forma de pago: Destajo ☑ Remunerado ☐ Especie ☐ Ninguno ☐

Nivel de ingresos mensuales: Menos de 1 SLMV ☑ 1 SLMV ☐ Mas de 1 SLMV ☐ Mas de 2 SLMV ☐ Mas de 3 SLMV ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
Muy seguro ☐ Seguro ☐ Poco seguro ☐ Muy inseguro ☑

Peligros por condiciones de seguridad
Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos ☐
Electrico (alta y baja tensión, estatica) ☐
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos ☐
Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) ☐
Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento ☑
Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) ☐
Trabajo en alturas (por encima de 1,50) ☐
Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable ☐
Ningun peligro de condicion de seguridad ☐

PELIGRO FÍSICO
- Ruido (de impacto, intermitente, continuo) ☐
- Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) ☐
- Vibración (cuerpo entero, segmentaria) ☐
- Temperaturas extremas (calor y frío) ☐
- Presión atmosférica (normal y ajustada) ☐
- Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa) ☐
- Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofecuencia, microondas) ☐
- Ningun peligro fisico ☐

PELIGRO QUÍMICO
- Polvos (orgánicos, inorgánicos) ☐
- Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1 ☐
- Líquidos (nieblas y rocíos) ☐
- Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema nervioso central, muerte) ☐
- Humos (metálicos, no metálicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas atemperatura y presion normal) ☐
- Ningun peligro Químico ☐

PELIGRO BIOLÓGICO
- Virus ☐
- Bacterias ☐
- Hongos ☐
- Ricketsias ☐
- Parásitos ☐
- Picaduras ☐
- Mordeduras ☐
- Fluidos o excrementos ☐
- Ningun peligro biologico ☐

PELIGRO BIOMECÁNICO
- Postura (prolongada mantenida, forzada, ☐
- Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones ☐
- Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o succión, como ellevantamiento, empuje, tracción. ☐
- Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunta de los musculos, los huesos, las articulaciones ☐
- Ningun peligro biomecanico ☐

PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES
- Sismo ☑
- Terremoto ☑
- Vendaval ☐
- Inundación ☐
- Derrumbe ☐
- Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas) ☐
- Ningun peligro por fenomenos naturales ☐

PELIGRO PSICOSOCIAL
- Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) ☑
- Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) ☑
- Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) ☑
- Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc) ☐
- Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomia y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización) ☐
- Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) ☐
- Ningun peligro Psicosocial ☐

Utiliza elementos de protección personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI ☐ NO ☑

HOSPITALARIOS NIT 70140518-1 TELEFONO 612 4315 - 310 560 4347

SCAN AnyScanner

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorra o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					
87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES MANOS		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES PIES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electrostáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas conexas.	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar	
						87.8.8 Delantal plástico	

¿Qué hace con la ropa o indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	
La lleva a la casa y la lava aparte	
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se puede presentar ene le lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? SI NO

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? SI NO

Si la respuesta es SI, seleccione:

Extintor
Botiquin de primeros
Rutas de evacuación

Salidas de emergencia
Ninguna

CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL TRABAJADOR

Diria usted que en general su salud es: Mala: Excelente / Regular Muy buena / Buena

¿En los Ultimos 30 dias estuvo bien de salud fisica? Si No

¿En los Ultimos 30 dias estuvo bien de salud mental?

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicologo o psiquiatra? Si No

¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo Hogar Otro

En caso que en el ultimo mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente comun | Accidente relacionado con su oficio u ocupación | Enfermedad común

Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación

En los ultimos 12 meses ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor Si No

En los ultimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enferemedad relacionada con su oficio u ocupación?

Si No No sabe / No responde

Cuantos accidentes ha sufrido en los ultimos 12 meses? 2

El acciente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón, sin herida			Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento 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			Otro		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones múltiples		
Abdomen			Lesiones generales u otras.		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO
Máquinas y/o equipos			Caídas de personas		
Medios de transporte			Caídas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			Pisadas, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		
otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
Agentes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras		
			Otro.		

IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4318 - 310 660 4347

SCAN AnyScanner

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo M ☐ F ☑ ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado Unión libre ☑ Soltero ☐ Separado ☐ Viudo ☐

¿Cuál es su nivel de escolaridad?
Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☑ Técnico Tecnológico ☐ Universitario incompleto ☐ Universitario completo ☐ Ninguna ☐ Otro ☐

¿Cuál? _____ Años de escolaridad aprobados

¿Es usted cabeza de familia? SI ☐ NO ☑ ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie ☑ Con el cónyugue ☐ Con otros ☐

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 1 ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indigena ☐ Afro colombiano ROM ☐ Negro Mestizo ☐ Raizal ☐

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales?
Mujer en estado de embarazo ☐
Victima de violencia y/o conflicto armado ☐
Niño o niña trabajador (-15 años) ☐
Adulto mayor ☐
Con una enfermedad huerfana ☐
Reclusos INPEC ☐
Desplazado ☐
Joven trabajador entre 15 y 18 años? ☐
Mujer rural trabajadora ☐
En condición de discapacidad ☐
Población rural migratoria ☐
Ninguno ☑
Desmovilizado ☐

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? Violencia sociopolitica ☐ Desastre natural ☐ Cambio climático ☐ Otro: ☐ ¿Cuál? _____

Edad (En años cumplidos) 33 Genero: LGBTI ☐ Otro: ¿Cuál? _____

¿Pertenece a alguna forma de organización social?
Organización de grupos etnicos ☐
Organización de trabajadores ☐
Org. de poblacion desplazada ☐
Grupos de mujer y genero ☐
Grupos religiosos ☐
Otra ☐
Redes barriales comunitarios ☐
Ninguna ☑

La vivienda donde habita es: Propia ☐ Arrendada ☑ Familiar ☐ Vivienda suministrada por el empleador ☐ otro ☐

¿Cuál es su estrato socioeconomico? 2

INFORMACION SOCIOECONOMICA

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016) 5212 0
¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)
¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) 5

Su oficio u ocupación lo realiza de manera: Ambulante ☑ Estacionaria ☐ Semiestacionaria ☐

¿Cuántas horas trabaja al día? 9 ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 ☑

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI ☐ NO ☐

¿ornada de trabajo? Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☑

Posición ocupacional
Obrero, empleado particular ☐
Patrón o empleador ☑
Trabajador por cuenta propia ☐
Trabajador sin remuneración ☐
Jornalero, peón ☐
Empleado doméstico ☐
Obrero, empleado del gobierno ☐
Otro ☐ Cual? _____

forma de pago Destajo ☑ Remunerado ☐ Especie ☐ Ninguno ☐

Nivel de ingresos mensuales Menos de 1 SLMV ☑ 1 SLMV ☐ Mas de 1 SLMV ☐ Mas de 2 SLMV ☐ Mas de 3 SLMV ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
Muy seguro ☐ Seguro ☐ Poco seguro ☐ Muy inseguro ☑

Peligros por condiciones de seguridad
Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos ☐
Electrico (alta y baja tensión, estatica) ☐
Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos ☐
Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) ☐
Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento ☑
Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) ☐
Trabajo en alturas (por encima de 1,50) ☐
Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable ☐
Ningun peligro de condicion de seguridad ☐

PELIGRO FÍSICO		PELIGRO BIOMECÁNICO	
Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	☐	Postura (prolongada mantenida, forzada	☐
Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	☐	Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones	☐
Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	☐	Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o sucesión, como ellevantamiento, empuje, tracción	☐
Temperaturas extremas (calor y frío)	☐	Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunta de los musculos, los huesos, las articulaciones	☐
Presión atmosférica (normal y ajustada)	☐	Ningun peligro biomecanico	☐
Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)	☐		
Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)	☐		
Ningun peligro fisico	☐		
PELIGRO QUÍMICO		**PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES**	
Polvos (orgánicos, inorgánicos)	☐	Sismo	☐
Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1	☐	Terremoto	☑
Líquidos (nieblas y rocíos)	☐	Vendaval	☑
Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema nervioso central, infarto)	☐	Inundación	☐
Humos (metálicos, no metálicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas atemperatura y presion normal)	☐	Derrumbe	☐
Ningun peligro Químico	☐	Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	☐
		Ningun peligro por fenomenos naturales	☐
PELIGRO BIOLÓGICO		**PELIGRO PSICOSOCIAL**	
Virus	☐	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	☐
Bacterias	☐	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	☐
Hongos	☐	Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	☐
Ricketsias	☐	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	☐
Parásitos	☐	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	☐
Picaduras	☐	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	☐
Mordeduras	☐	Ningun peligro Psicosocial	☐
Fluidos o excrementos	☐		
Ningun peligro biologico	☐		

Utiliza elementos de proteccion personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI ☐ NO ☑

SCAN AnyScanner

Cuales?

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA	87.2. PROTECCIÓN OCULAR	87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO	87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA
87.1.1 Cascos para usos especiales.	87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.	87.3.1 Orejeras	87.4.1 Tapabocas
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.	87.2.2 Gafas de montura integral.	87.3.2 Tapones para los oidos de uso múltiple o desechable	87.4.2 Máscaras para gases
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.	87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos	87.3.3 Protectores auriculares	87.4.3 Máscaras para vapores
87.1.4 Sombrero	87.2.4 Pantalla facial.	87.3.4 Cascos antiruido	87.4.4 Mascarillas autonitrantes
87.1.5 Gorro o cachucha	87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.		
	87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.		

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES MANOS	87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES PIES	87.7. OTROS ELEMENTOS	87.8. ROPA DE PROTECCIÓN
87.5.1 Guantes de látex	87.6.1 Calzado de seguridad	87.7.1 Eslinga	87.8.1 Contra productos químicos
87.5.2 Guantes de Nitrilo	87.6.2 Calzado de trabajo	87.7.2 Cinturón de seguridad	87.8.2 Alta visibilidad
87.5.3 Guantes de Neopreno	87.6.3 Calzado dieléctrico	87.7.3 Arnés	87.8.3 Contra el frío
87.5.4 Guantes de Malla	87.6.4 Calzado antiestático	87.7.4 Casco con barbuquejo	87.8.4 Propiedades electrostáticas
	87.6.5 Botas de caucho	87.7.5 Línea de vida	87.8.5 Contra calor y llamas
		87.7.6 Mosquetones	87.8.6 Soldeo y técnicas conexas.
			87.8.7 Contra riesgos de quedar
			87.8.8 Delantal plástico

¿Qué hace con la ropa o indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	
La lleva a la casa y la lava aparte	
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se puede presentar ene le lugar donde desarrolla su oficio u ocupació? SI NO

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? SI NO

Si la respuesta es SI, seleccione:

Extintor
Botiquin de primeros
Rutas de evacuación

Salidas de emergencia
Ninguna

CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL TRABAJADOR

Diría usted que en general su salud es: Mala: Excelente / Regular Muy buena / Buena

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salúd fisica? Si No

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud mental?

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicologo o psiquiatra? Si No

¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo Hogar Otro

En caso que en el ultimo mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente comun Accidente relacionado con su oficio u ocupación Enfermedad común

Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación

En los ultimos 12 meses ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor Si No

En los ultimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enferemedad relacionada con su oficio u ocupación?

Si No No sabe / No responde

Cuantos accidentes ha sufrido en los ultimos 12 meses? 0

El acciente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón, sin herida			Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento 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			Otro		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones múltiples		
Abdomen			Lesiones generales u otras.		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO
Máquinas y/o equipos			Caídas de personas		
Medios de transporte			Caídas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			Pisadas, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		
otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
Agentes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras		
			Otro.		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140516-1 TELÉFONO: 812 4316 - 310 680 4347

SCAN AnyScanner

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

77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐

¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo? _____

¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupaci _____

¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? _____

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

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

Otro ☐

En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐ NO SABE/NO RESPONDE ☐

Sistema organico afectado:

Piel ☐ Respiratorio ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Osteomuscular ☐

Cardiovascular ☐ Gastrico ☐ Renal ☐ Reproductivo ☐ Neurologico ☐

Mental ☐ otro ☐

Cual fue esa enfmedad? _____

El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? SI ☐ NO ☐

¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

ESTILO Y CONDICIONES DE VIDA

¿Cuál es su peso? (kilogramos) 71 Cual es su estatura? (Centimetros) 1.62

Perimetro abdominal _____

Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo? (en años) _____

¿Usted fuma o fumo? Si ☐ No ☐ Cuantos cigarrillos fuma al dia? _____

¿Desarrolla alguna actividad fisica? Si ☐ No ☐ Cuantos dias a la semana realiza AF? 7 Cuantas horas al dia lo practica? 3

¿Consume alcohol? Si ☐ No ☐ Con que frecuencia consume alcohol? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

¿Usted consume sustancias psicoactivas? Si ☐ No ☐ Cuales sustancias psicoacctivas consume? Marihuana ☐ Bazuco ☐ cocaina ☐ Otras psicoactivas ☐

Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? Si ☐ No ☐

Con que frecuencia consume frutas y verduras? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

ENCUESTA DE SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ULTIMO MES

Seleccione el o los sintomas que el trabajador refiera haber tenido en el ultimo mes

Dolor de cabeza ☐	Dolor de cuello ☐	Dolor de pecho ☐	
Dolor de espalda ☐	Dolor en hombos o brazos ☐	Dolor en muñecas o manos ☐	
Dolor de miembros inferiores ☐	Adormecimiento u hormigueo en las manos ☐	Adormecimiento u hormigueo en mmiembrosinferiores ☐	
mareo, dolor, supuración, zumbidos o pitos en el oido ☐	Disminución de la visión, secreción, ardor, cansancio de ojos, ojos rojos ☐	Tos, expectoración, disnea, gripa frecuente ☐	
Enrojecimiento, ampollas, descamación, comezón, cambio de color de la piel ☐	Nauseas, vomito, diarrea ☐	Le cuesta dormir o duerme mal ☐	
Sensación continua de cansancio ☐	Se siente de mal humor, irritable ☐	Falta de concentración ☐	
Falta de memoria ☐	Problemas de la voz ☐	Problemas de ansiedad y depresión ☐	
Otros ☐	Ningún síntoma ☐	☑	

INTERVENCION

INTERVENCIÓN

Intervención Realizada

- ☐ Sensibilización en afiliación al sistema genaral de seguridad social
- ☐ Educación en minimización de riesgo quimico
- ☐ Educación en minimización de riesgo biologico
- ☐ Educación en minimización de riesgo fisico
- ☐ Educación en minimización de riesgo psicosocial
- ☐ Educación en minimización de riesgo ergónomico
- ☑ Educación en minimización de riesgo público
- ☑ Respuesta ante emergencia
- ☐ Uso de elementos de protección personal
- ☐ Promoción de actos seguros en entorno laboral
- ☐ Otras sensibilizaciones

Firma -> Yenifer Flores

CC -> 19.348239

FOTOGRAFIA DEL EVENTO DE SENSIBILIZACIÓN

FOTOGRAFIA DEL LISTADO DE ASISTENCIA

FINALIZACIÓN

Hora de Culminación 01:40pm

Firma del encuestador Leidy Gomez

ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES

¡NSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO LABORAL CON ÉNFASIS EN LA INFORMALIDAD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DD MM AAAA

NUMERO DE FICHA

Hora de Inicio 02:00 pm

SELECCIONE EL PROGRAMA
- [x] Estrategia APS
- [ ] Procesos de entorno laboral saludable ELS
- [ ] Municipios

TIPO DE ENCUESTADOR
- [x] Técnico Labora
- [ ] GEBI
- [ ] Otras formaciones

FECHA DE CARACTERIZACION 16 01 2023

Nombre del Encuestador Leidy Johanna Gomez Hellerg

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] Número 1024508882

LUGAR DE TRABAJO

Indique el número de trabajadores de esta unidad de trabajo informal (UTI) 1

Indique el número de trabajadores a caracterizar de esta unidad de trabajo informal (UTI) 1

IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

AMBITO TERRITORIAL
- [x] Urbano
- [ ] Alta Ruralidad
- [ ] Rural Disperso

Municipio Soacha

Localización

DIVISION GEOGRÁFICA

Vereda

Otro

Barrio Parque campestre

Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación cl 7 sur 16 A 152

¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)

Energía [ ] **Acueducto** [ ] **Alcantarillado** [ ] **Teléfono fijo** [ ] **Teléfono móvil** [x] **Gas** [ ]

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL LTI FIJO [ ] LTI MÓVIL [ ] Compartido con la vivienda [ ]

Número de celular 04245279304 whatsapp

Teléfono fijo

PROCESO PRODUCTIVO

Seleccione la actividad económica

agricultura	[ ]	**Pesca**	[ ]	Transporte	[ ]	Manufactura	[ ]
Construcción	[ ]	Metalmecánica	[ ]	Minería	[ ]	Otro	[ ]
Ganadería	[ ]	Silvicultura	[ ]	Comercio	[x]	¿Cuál?	Venta churros

HABITABILIDAD

Existen en el territorio escenarios de capacitación para el desempeño profesional, artesanal, artístico, ocupacional y técnico, como: (Puede señalar varias opciones)
- [ ] Escenarios Formales
- [ ] Educación para el trabajo y el desarrollo humano
- [ ] Escenarios Informales
- [x] Ninguno (Pase a la pregunta 17)

Las personas que trabajan en el lugar de trabajo, han recibido capacitaciones en algunos de estos escenarios?
- [ ] Si
- [x] No

Seleccione el tema dela capacitacion que ha recibido
- [ ] Formalización y beneficios de la seguridad social
- [ ] procesos de registro invima
- [ ] Diseño y registro de marcas
- [ ] Etiqueta
- [ ] Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
- [ ] elementos de proteccion personal
- [ ] otra capacitación

Mediante cual de los siguientes programas se realizó la capacitacion
- [ ] Mercados campesinos
- [ ] CIPUEDO
- [ ] Dimensión de salud y ambito laboral
- [ ] Secretaría de salud municipal
- [ ] Direccion de Aseguramiento Secretaria de Salud Departamental

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el último año ha realizado las siguientes actividades?

Simulacros en casos de emergencia?	[ ]
Mantenimiento de maquinaria para evitar accidentes?	[ ]
Educación a los trabajadores para evitar accidentes?	[ ]
Control de los Factores de riesgo prioritarios	[ ]

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

Primer apellido Medina

segundo apellido Blanco

primer nombre Luis

segundo nombre Alberto

Tipo de documento: CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ]

Número de documento 70.773.412

Fecha de nacimiento: DD 26 MM 08 AAAA 1969

Correo electrónico:

Direccion de residencia: cl 7 sur 16 A 152

Telefono célular: 04245279304

Municipio: Soacha

Seleccione la vereda:

SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos laborales ? SI [ ] NO [x]

Afiliado a salud? SI [ ] NO [x]
Cual es el nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado?
A que regimen de seguridad pertenece?
- [ ] Contributivo (cotizante)
- [ ] Contributivo (beneficiario
- [ ] subsidiado
- [ ] vinculado
- [ ] particular

Afiliado a pensiones? SI [ ] NO [x]
seleccione su fonde de pensiones
seleccione su ARL

Afiliado a caja de compensacion familiar? SI [ ] NO [x]
Selecciones su caja decompensación

Se encuentra afiliado a un programa para la proteccion de la vejez?
- [ ] pensión
- [ ] Programa Colombia Mayor
- [ ] BEPS
- [ ] Otro

Se encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez? SI [ ] NO [x]

SCAN AnyScanner

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo M ☐ F ☐ ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado ☐ Unión libre ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Viudo ☐

¿Cuál es su nivel de escolaridad? Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario incomplet ☐ Universitario completo ☐ Ninguna ☐ Otro ☐

¿Cuál? _____ Años de escolaridad aprobados: ☐☐

¿Es usted cabeza de familia? SI ☐ NO ☐ ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie ☐ Con el cónyugue ☐ Con otros ☐

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? ☐☐ ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? ☐☐

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indigena ☐ Afro colombiano ☐ ROM ☐ Negro ☐ Mestizo ☐ Raizal ☐

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales? Mujer en estado de embarazo ☐ Victima de violencia y/o conflicto armado ☐ Niño o niña trabajador (-15 años) ☐ Adulto mayor ☐ Con una enfermedad huerfana ☐ Reclusos INPEC ☐ Desplazado ☐ Desmovilizado ☐ Joven trabajador entre 15 y 18 años? ☐ Mujer rural trabajadora ☐ En condición de discapacidad ☐ Población rural migratoria ☐ Ninguno ☐

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? Violencia sociopolítica ☐ Desastre natural ☐ Cambio climático ☐ Otro: ☐ ¿Cuál? _____

Edad (En años cumplidos) 53 Genero: LGBTI ☐ Otro: ¿Cuál? _____

¿Pertenece a alguna forma de organización social? Organización de grupos etnicos ☐ Organización de trabajadores ☐ Org, de poblacion desplazada ☐ Grupos de mujer y genero ☐ Grupos religiosos ☐ Otra ☐ Redes barriales comunitarios ☐ Ninguna ☐

La vivienda donde habita es: Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ Vivienda suministrada por el empleador ☐ otro ☐

¿Cuál es su estrato socioeconomico? 2

INFORMACION SOCIOECONOMICA

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 0

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) 1

Su oficio u ocupación lo realiza de manera: Ambulante ☐ Estacionaria ☐ Semiestacionaria ☐

¿Cuántas horas trabaja al día? 8 ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI ☐ NO ☐

¿jornada de trabajo? Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☐

Posición ocupacional: Obrero, empleado particular ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Jornalero, peón ☐ Obrero, empleado del gobierno ☐ Patrón o empleador ☐ Trabajador sin remuneración ☐ Empleado doméstico ☐ Otro ☐ Cual? _____

forma de pago: Destajo ☐ Remunerado ☐ Especie ☐ Ninguno ☐

Nivel de ingresos mensuales: Menos de 1 SLMV ☐ 1 SLMV ☐ Mas de 1 SLMV ☐ Mas de 2 SLMV ☐ Mas de 3 SLMV ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
Muy seguro ☐ Seguro ☐ Poco seguro ☐ Muy inseguro ☐

Peligros por condiciones de seguridad

- Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos ☐
- Electrico (alta y baja tensión, estatica) ☐
- Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos ☐
- Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) ☐
- Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento ☐
- Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) ☐
- Trabajo en alturas (por encima de 1,50) ☐
- Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable ☐
- Ningun peligro de condicion de seguridad ☐

PELIGRO FÍSICO	PELIGRO BIOMECÁNICO
Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	Postura (prolongada mantenida, forzada,
Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones
Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o sucesión, como ellevantamiento, empuje, tracción.
Temperaturas extremas (calor y frío)	Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunta de los musculos, los huesos, las articulaciones
Presión atmosférica (normal y ajustada)	Ningun peligro biomecanico
Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)	
Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)	
Ningun peligro fisico	
PELIGRO QUÍMICO	**PELIGRO POR FENóMENOS NATURALES**
Polvos (orgánicos, inorgánicos)	Sismo
Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1	Terremoto
Liquidos (nieblas y rocios)	Vendaval
Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema nervioso central, riperte)	Inundación
Humos (metálicos, no metálicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas atemperatura y presion normal)	Derrumbe
Ningun peligro Químico	Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)
	Ningun peligro por fenomenos naturales
PELIGRO BIOLóGICO	**PELIGRO PSICOSOCIAL**
Virus	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)
Bacterias	Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)
Hongos	Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)
Ricketsias	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)
Parásitos	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)
Picaduras	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)
Mordeduras	Ningun peligro Psicosocial
Fluidos o excrementos	
Ningun peligro biologico	

Utiliza elementos de proteccion personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI ☐ NO ☐

... HUESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELEFONO: 612 4315 - 310 580 4347

SCAN AnyScanner

Cuales?

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES MANOS		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES PIES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electrostáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas conexas.	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar	
						87.8.8 Delantal plástico	

¿Qué hace con la ropa o indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	✓
La lleva a la casa y la lava aparte	
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se puede presentar ene le lugar donde desarrolla su oficio u ocupació? SI ☐ NO ✓

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? SI ☐ NO ✓

Si la respuesta es SI, seleccione:

Extintor ☐
Botiquin de primeros ☐
Rutas de evacuación ☐

Salidas de emergencia ☐
Ninguna ✓

CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL TRABAJADOR

Diria usted que en general su salud es: Mala: ☐ Regular ☐ Buena ✓
Excelente ☐ Muy buena ☐

¿En los Ultimos 30 dias estuvo bien de salud fisica? Si ✓ No ☐

¿En los Ultimos 30 dias estuvo bien de salud mental? ✓

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicologo o psiquiatra? Si ☐ No ✓

¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo ☐ Hogar ☐ Otro ☐

En caso que en el ultimo mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente comun ☐ Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐ Enfermedad común ☐

Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

En los ultimos 12 meses ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor Si ☐ No ✓

En los ultimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enferemedad relacionada con su oficio u ocupación?
Si ☐ No ✓ No sabe / No responde ☐

Cuantos accidentes ha sufrido en los ultimos 12 meses? 0

El acciente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón, sin herida			Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento 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			Otro		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones múltiples		
Abdomen			Lesiones generales u otras.		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO
Máquinas y/o equipos			Caídas de personas		
Medios de transporte			Caídas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			Pisadas, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		
otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
Agentes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras		
			Otro.		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 680 4347

SCAN AnyScanner

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

77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐
77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐

¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo? _____

¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupaci _____

¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? _____

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

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

En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trâmite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐ NO SABE/NO RESPONDE ☐

Sistema organico afectado:

Piel ☐ Respiratorio ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Osteomuscular ☐
Cardiovascular ☐ Gastrico ☐ Renal ☐ Reproductivo ☐ Neurologico ☐
Mental ☐ otro ☐

Cual fue esa enfmedad? _____

El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? SI ☐ NO ☐
¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

ESTILO Y CONDICIONES DE VIDA

¿Cuál es su peso? (kilogramos) 69. Cual es su estatura? (Centimetros) 1,65

Perimetro abdominal _____ Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo? (en años) _____

¿Usted fuma o fumo? Si ☐ No ☐ Cuantos cigarrillos fuma al día? _____

¿Desarrolla alguna actividad fisica? Si ☐ No ☐ Cuantas horas al dia lo practica? _____

¿Consume alcohol? Si ☐ No ☐ Cuantos días a la semana realiza AF? _____

Con que frecuencia consume alcohol? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

¿Usted consume sustancias psicoactivas? Si ☐ No ☐ Cuales sustancias psicoacctivas consume? Marihuana ☐ Bazuco ☐ cocaina ☐ Otras psicoactivas ☐

Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? Si ☐ No ☐

Con que frecuencia consume frutas y verduras? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

ENCUESTA DE SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ULTIMO MES

Seleccione el o los síntomas que el trabajador refiera haber tenido en el ultimo mes

Dolor de cabeza ☐	Dolor de cuello ☐	Dolor de pecho ☐	
Dolor de espalda ☐	Dolor en hombos o brazos ☐	Dolor en muñecas o manos ☐	
Dolor de miembros inferiores ☐	Adormecimiento u hormigueo en las manos ☐	Adormecimiento u hormigueo en mmiembrosinferiores ☐	
mareo, dolor, supuración, zumbidos o pitos en el oido ☐	Disminución de la visión, secreción, ardor, cansancio de ojos, ojos rojos ☐	Tos, expectoración, disnea, gripa frecuente ☐	
Enrojecimiento, ampollas, descamación, comezón, cambio de color de la piel ☐	Nauseas, vomito, diarrea ☐	Le cuesta dormir o duerme mal ☐	
Sensación continua de cansancio ☐	Se siente de mal humor, irritable ☐	Falta de concentración ☐	
Falta de memoria ☐	Problemas de la voz ☐	Problemas de ansiedad y depresión ☐	
Otros ☐	Ningún síntoma ☒		

INTERVENCION

INTERVENCIÓN

Intervención Realizada

- ☑ Sensibilización en afiliación al sistema genaral de seguridad social
- ☐ Educación en minimización de riesgo químico
- ☐ Educación en minimización de riesgo biologico
- ☐ Educación en minimización de riesgo físico
- ☐ Educación en minimización de riesgo psicosocial
- ☐ Educación en minimización de riesgo ergónomico
- ☐ Educación en minimización de riesgo público
- ☑ Respuesta ante emergencia
- ☑ Uso de elementos de protección personal
- ☐ Promoción de actos seguros en entorno laboral
- ☐ Otras sensibilizaciones

Firma: Luis Mahecha
Cedula: 10,773,412

FOTOGRAFIA DEL EVENTO DE SENSIBILIZACIÓN

FOTOGRAFIA DEL LISTADO DE ASISTENCIA

FINALIZACIÓN

Hora de Culminación 03:10 am

Firma del encuestador Leidy Gomez

AnyScanner

ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO LABORAL CON ÉNFASIS EN LA INFORMALIDAD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DD MM AAAA — NÚMERO DE FICHA

Hora de inicio: 03:30 pm

SELECCIONE EL PROGRAMA
- [x] Estrategia APS
- [ ] Procesos de entorno laboral saludable ELS
- [ ] Municipios

FECHA DE CARACTERIZACION: 16 01 2023

TIPO DE ENCUESTADOR
- [x] Técnico Labora
- [ ] GEBI
- [ ] Otras formaciones

Nombre del Encuestador: Leidy Johanna Gomez Herrera

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] — Número: 1024508888

LUGAR DE TRABAJO

Indique el número de trabajadores de esta unidad de trabajo informal (UTI): 1

Indique el número de trabajadores a caracterizar de esta unidad de trabajo informal (UTI): 1

IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

AMBITO TERRITORIAL
- [x] Urbano
- [ ] Alta Ruralidad
- [ ] Rural Disperso

Municipio: Soacha

Localización:

DIVISION GEOGRÁFICA
- Vereda:
- Otro:
- Barrio: Parque Campestre.

Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cl 7 SUR 16 A 152

¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)

Energía [ ] Acueducto [ ] Alcantarillado [ ] Teléfono fijo [ ] Teléfono móvil [x] Gas [ ]

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL — LTI FIJO [ ] LTI MÓVIL [x] Compartido con la vivienda [ ]

Número de celular: 3212042900

Teléfono fijo:

PROCESO PRODUCTIVO

Seleccione la actividad económica

agricultura [ ]	Pesca [ ]	Transporte [ ]	Manufactura [ ]		
Construcción [ ]	Metalmecánica [ ]	Minería [ ]	Otro [ ]		
Ganadería [ ]	Silvicultura [ ]	Comercio [ ]	¿Cuál? [ ]	Servicio del hogar	

HABITABILIDAD

Existen en el territorio escenarios de capacitación para el desempeño profesional, artesanal, artístico, ocupacional y técnico, como: (Puede señalar varias opciones)
- [ ] Escenarios Formales
- [ ] Educación para el trabajo y el desarrollo humano
- [ ] Escenarios Informales
- [x] Ninguno (Pase a la pregunta 17)

Las personas que trabajan en el lugar de trabajo, han recibido capacitaciones en algunos de estos escenarios?
- [x] No

Seleccione el tema dela capacitacion que ha recibido
- Formalización y beneficios de la seguridad social [ ]
- procesos de registro invima [ ]
- Diseño y registro de marcas [ ]
- Etiqueta [ ]
- Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo [ ]
- elementos de proteccion personal [ ]
- otra capacitación [ ]

Mediante cual de los siguientes programas se realizó la capacitacion
- Mercados campesinos [ ]
- CIPUEDO [ ]
- Dimensión de salud y ambito laboral [ ]
- Secretaria de salud municipal [ ]
- Direccion de Aseguramiento Secretaria de Salud Departamental [ ]

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el último año ha realizado las siguientes actividades?

- Simulacros en casos de emergencia? [ ]
- Mantenimiento de maquinaria para evitar accidentes? [ ]
- Educación a los trabajadores para evitar accidentes? [ ]
- Control de los Factores de riesgo prioritarios [ ]

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

Primer apellido: Diaz — segundo apellido: Salcedo

primer nombre: Yolanda — segundo nombre: Mery

Tipo de documento: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] — Número de documento: 51830227

Fecha de nacimiento: DD 20 MM 07 AAAA 1965 — Correo electrónico:

Direccion de residencia: Cl 7 SUR 16 A 152 — Telefono célular: 3212042900

Municipio: Soacha — Seleccione la vereda:

SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos laborales ? SI [ ] NO [x]

Afiliado a salud? SI [x] NO [ ]
Cual es el nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado? FAMISAR
A que regimen de seguridad pertenece?
- Contributivo (cotizante) [ ]
- Contributivo (beneficiario subsidiado vinculado particular) [ ]

Afiliado a pensiones? SI [ ] NO [x]
seleccione su fonde de pensiones
seleccione su ARL

Afiliado a caja de compensacion familiar? SI [ ] NO [x]
Selecciones su caja decompensación
Se encuentra afiliado a un programa para la proteccion de la vejez?
- pensión [ ]
- Programa Colombia Mayor [ ]
- BEPS [ ]
- Otro [ ]

Se encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez? [ ] NO [x]

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4316 - 310 560 4347

SCAN AnyScanner

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo M ☐ F ☑ ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado ☑ Unión libre ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Viudo ☐

¿Cuál es su nivel de escolaridad? Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario incomplet ☐ Universitario completo ☐ Ninguna ☐ Otro ☐

¿Cuál? _____ Años de escolaridad aprobados: ☐☐

¿Es usted cabeza de familia? SI ☑ NO ☐ ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie ☑ Con el cónyugue ☐ Con otros ☐

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? ☐ ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? ☐☐

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indigena ☐ Afro colombiano ☐ ROM ☐ Negro ☐ Mestizo ☐ Raizal ☐

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales?
- Mujer en estado de embarazo ☐
- Victima de violencia y/o conflicto armado ☐
- Niño o niña trabajador (-15 años) ☐
- Adulto mayor ☐
- Con una enfermedad huerfana ☐
- Reclusos INPEC ☐
- Desplazado ☐
- Joven trabajador entre 15 y 18 años? ☐
- Mujer rural trabajadora ☐
- En condición de discapacidad ☐
- Población rural migratoria ☐
- Ninguno ☐
- Desmovilizado ☐

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? Violencia sociopolitica ☐ Desastre natural ☐ Cambio climático ☐ Otro: ☐ ¿Cuál? _____

Edad (En años cumplidos) 55 Genero: LGBTI ☐ Otro: _____ ¿Cuál? _____

¿Pertenece a alguna forma de organización social? Organización de grupos etnicos ☐ Organización de trabajadores ☐ Org. de poblacion desplazada ☐ Grupos de mujer y genero ☐ Grupos religiosos ☐ Otra ☐ Redes barriales comunitarios ☐ Ninguna ☐

La vivienda donde habita es: Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ Vivienda suministrada por el empleador ☐ otro ☐

¿Cuál es su estrato socioeconomico? 2

INFORMACION SOCIOECONOMICA

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 7

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) 84

Su oficio u ocupación lo realiza de manera: ~~Ambulante~~ ☑ Estacionaria ☐ Semiestacionaria ☐

¿Cuántas horas trabaja al día? 9 ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI ☑ NO ☐

¿jornada de trabajo? Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☑

Posición ocupacional: Obrero, empleado particular ☑ Trabajador por cuenta propia ☐ Jornalero, peón ☐ Obrero, empleado del gobierno ☐ Patrón o empleador ☐ Trabajador sin remuneración ☐ Empleado doméstico ☐ Otro ☐ Cual? _____

forma de pago: Destajo ☐ Remunerado ☐ Especie ☐ Ninguno ☐

Nivel de ingresos mensuales: Menos de 1 SLMV ☑ 1 SLMV ☐ Mas de 1 SLMV ☐ Mas de 2 SLMV ☐ Mas de 3 SLMV ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es: Muy seguro ☐ Seguro ☐ Poco seguro ☐ Muy inseguro ☑

Peligros por condiciones de seguridad

- Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos ☐
- Electrico (alta y baja tensión, estatica) ☐
- Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos ☐
- Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) ☐
- Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento ☑
- Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) ☐
- Trabajo en alturas (por encima de 1,50) ☐
- Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable ☐
- Ningun peligro de condicion de seguridad ☐

PELIGRO FÍSICO	PELIGRO BIOMECÁNICO
Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	Postura (prolongada mantenida, forzada,
Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones
Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o sucesión, como ellevantamiento, empuje, tracción,
Temperaturas extremas (calor y frío)	Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunta de los musculos, los huesos, las articulaciones
Presión atmosférica (normal y ajustada)	Ningun peligro biomecanico
Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)	
Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)	
Ningun peligro fisico	
PELIGRO QUÍMICO	**PELIGRO POR FENóMENOS NATURALES**
Polvos (orgánicos, inorgánicos)	Sismo
Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1	Terremoto
Líquidos (nieblas y rocíos)	Vendaval
Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema nervioso central, muerte)	Inundación
Humos (metálicos, no metálicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas atemperatura y presion normal)	Derrumbe
Ningun peligro Químico	Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)
	Ningun peligro por fenomenos naturales
PELIGRO BIOLÓGICO	**PELIGRO PSICOSOCIAL**
Virus	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)
Bacterias	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)
Hongos	Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)
Ricketsias	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)
Parásitos	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)
Picaduras	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)
Mordeduras	Ningun peligro Psicosocial
Fluidos o excrementos	
Ningun peligro biologico	

Utiliza elementos de proteccion personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI ☐ NO ☑

SCAN AnyScanner

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OÍDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATO	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					
87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES MANOS		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES PIES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIO	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químico	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frio	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electrostáti	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas conexas	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar	
						87.8.8 Delantal plástico	

¿Qué hace con la ropa o indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	
La lleva a la casa y la lava aparte	
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se puede presentar ene le lugar donde desarrolla su oficio u ocupació? Si NO

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? Si NO

Si la respuesta es Si, seleccione:

Extintor
Botiquin de primeros
Rutas de evacuación

Salidas de emergencia
Ninguna

CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL TRABAJADOR

Diria usted que en general su salud es: Mala: Regular Buena
Excelente Muy buena

¿En los Ultimos 30 dias estuvo bien de salud fisica? Si No

¿En los Ultimos 30 dias estuvo bien de salud mental?

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicologo o psiquiatra? Si No

¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo Hogar Otro

En caso que en el ultimo mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente comun Accidente relacionado con su oficio u ocupación Enfermedad común

Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación

En los ultimos 12 meses ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor Si No

En los ultimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enferemedad relacionada con su oficio u ocupación?

Si No No sabe / No responde

Cuantos accidentes ha sufrido en los ultimos 12 meses? 0

El acciente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón; sin herida			Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento 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			Otro		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones múltiples		
Abdomen			Lesiones generales u otras.		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO
Máquinas y/o equipos			Caídas de personas		
Medios de transporte			Caídas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			Pisadas, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		
otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
Agentes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras		
			Otro.		

SCAN AnyScanner

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

77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77,5 Curandero ☐

77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐

¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupaci

¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente?

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

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

Otro ☐

En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐ NO SABE/NO RESPONDE ☐

Sistema organico afectado:

Piel ☐ Respiratorio ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Osteomuscular ☐

Cardiovascular ☐ Gastrico ☐ Renal ☐ Reproductivo ☐ Neurologico ☐

Mental ☐ otro ☐

Cual fue esa enfmedad?

El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? SI ☐ NO ☐

¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

ESTILO Y CONDICIONES DE VIDA

¿Cuál es su peso? (kilogramos) 55 Cual es su estatura? (Centimetros) 1.70

Perímetro abdominal

¿Usted fuma o fumo? Si ☐ No ☐ Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo? (en años)

Cuantos cigarrillos fuma al día?

¿Desarrolla alguna actividad fisica? Si ☐ No ☐ Cuantos días a la semana realiza AF? 5 Cuantas horas al dia lo practica?

¿Consume alcohol? Si ☐ No ☐ Con que frecuencia consume alcohol? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

¿Usted consume sustancias psicoactivas? Si ☐ No ☐ Cuales sustancias psicoacctivas consume? Marihuana ☐ Bazuco ☐ cocaina ☐ Otras psicoactivas ☐

Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? Si ☐ No ☐

Con que frecuencia consume frutas y verduras? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

ENCUESTA DE SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ULTIMO MES

Seleccione el o los síntomas que el trabajador refiera haber tenido en el ultimo mes

Dolor de cabeza	☐	Dolor de cuello	☐	Dolor de pecho	☐
Dolor de espalda	☐	Dolor en hombos o brazos	☐	Dolor en muñecas o manos	☐
Dolor de miembros inferiores	☐	Adormecimiento u hormigueo en las manos	☐	Adormecimiento u hormigueo en mmiembrosinferiores	☐
mareo, dolor, supuración, zumbidos o pitos en el oido	☐	Disminución de la visión, secreción, ardor, cansancio de ojos, ojos rojos	☐	Tos, expectoración, disnea, gripa frecuente	☐
Enrojecimiento, ampollas, descamación, comezón, cambio de color de la piel	☐	Nauseas, vomito, diarrea	☐	Le cuesta dormir o duerme mal	☐
Sensación continua de cansancio	☐	Se siente de mal humor, irritable	☐	Falta de concentración	☐
Falta de memoria	☐	Problemas de la voz	☐	Problemas de ansiedad y depresión	☐
Otros	☐	Ningún síntoma	☐		

INTERVENCION

INTERVENCIÓN

Intervención Realizada

- ☐ Sensibilización en afiliación al sistema genaral de seguridad social
- ☐ Educación en minimización de riesgo químico
- ☐ Educación en minimización de riesgo biologico
- ☐ Educación en minimización de riesgo fisico
- ☐ Educación en minimización de riesgo psicosocial
- ☑ Educación en minimización de riesgo ergónomico
- ☑ Educación en minimización de riesgo público
- ☐ Respuesta ante emergencia
- ☐ Uso de elementos de protección personal
- ☐ Promoción de actos seguros en entorno laboral
- ☐ Otras sensibilizaciones

Firma -> Yolanda Díaz

CC -> C 1830225

FOTOGRAFIA DEL EVENTO DE SENSIBILIZACIÓN

FOTOGRAFIA DEL LISTADO DE ASISTENCIA

FINALIZACIÓN

Hora de Culminación 04:40 pm Firma del encuestador Leidy Gomez

SCAN AnyScanner

ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO LABORAL CON ÉNFASIS EN LA INFORMALIDAD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DD MM AAAA

NUMERO DE FICHA

Hora de Inicio 05:00 pm

SELECCIONE EL PROGRAMA
- [x] Estrategia APS
- [ ] Procesos de entorno laboral saludable ELS
- [ ] Municipios

TIPO DE ENCUESTADOR
- [x] Técnico Labora
- [ ] GEBI
- [ ] Otras formaciones

FECHA DE CARACTERIZACION 16 01 2023

Nombre del Encuestador Leidy Johanna Gomez Herrera

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] Número 1024508888

LUGAR DE TRABAJO

Indique el número de trabajadores de esta unidad de trabajo informal (UTI) 1

Indique el número de trabajadores a caracterizar de esta unidad de trabajo informal (UTI) 1

IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

AMBITO TERRITORIAL
- [x] Urbano
- [ ] Alta Ruralidad
- [ ] Rural Disperso

Municipio Soacha

Localización

DIVISION GEOGRÁFICA

Vereda

Otro

Barrio Parque Campestre

Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cl 7 SUR 16 A 152

¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)

Energía [ ] Acueducto [ ] Alcantarillado [ ] Teléfono fijo [ ] Teléfono móvil [x] Gas [ ]

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL

LTI FIJO [ ] LTI MÓVIL [x] Compartido con la vivienda [ ]

Número de celular 312 450 3212

Teléfono fijo

PROCESO PRODUCTIVO

Seleccione la actividad económica

- agricultura [ ]
- Construcción [ ]
- Ganadería [ ]
- Pesca [ ]
- Metalmecánica [ ]
- Silvicultura [ ]
- Transporte [ ]
- Minería [ ]
- Comercio [x]
- Manufactura [ ]
- Otro [ ]
- ¿Cuál? Venta Tinto

HABITABILIDAD

Existen en el territorio escenarios de capacitación para el desempeño profesional, artesanal, artístico, ocupacional y técnico, como: (Puede señalar varias opciones)
- [ ] Escenarios Formales
- [ ] Educación para el trabajo y el desarrollo humano
- [ ] Escenarios Informales
- [x] Ninguno (Pase a la pregunta 17)

Las personas que trabajan en el lugar de trabajo, han recibido capacitaciones en algunos de estos escenarios?
- [ ] Si
- [x] No

Seleccione el tema dela capacitacion que ha recibido
- Formalización y beneficios de la seguridad social [ ]
- procesos de registro invima [ ]
- Diseño y registro de marcas [ ]
- Etiqueta [ ]
- Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo [ ]
- elementos de proteccion personal [ ]
- otra capacitación [ ]

Mediante cual de los siguientes programas se realizó la capacitacion
- Mercados campesinos [ ]
- CIPUEDO [ ]
- Dimensión de salud y ambito laboral [ ]
- Secretaria de salud municipal [ ]
- Direccion de Aseguramiento Secretaria de Salud Departamental [ ]

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el último año ha realizado las siguientes actividades?
- Simulacros en casos de emergencia? [ ]
- Mantenimiento de maquinaria para evitar accidentes? [ ]
- Educación a los trabajadores para evitar accidentes? [ ]
- Control de los Factores de riesgo prioritarios [ ]

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

Primer apellido Viuda de Forero

segundo apellido

primer nombre Griselda

segundo nombre Ana

Tipo de documento: CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] Número de documento 21077796

CD [ ] PE [ ] SC [ ]

Fecha de nacimiento: DD 30 MM 06 AAAA 1930

Correo electrónico:

Direccion de residencia: Cl 7 SUR 16 A 152

Telefono célular: 312 450 3212

Municipio: Soacha

Seleccione la vereda:

SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos laborales ? SI [ ] NO [x]

Afiliado a salud? SI [x] NO [ ]

Cual es el nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado?

A que regimen de seguridad pertenece?
- Contributivo (cotizante) [ ]
- Contributivo (beneficiario [ ]
- subsidiado [ ]
- vinculado [ ]
- particular [ ]

Afiliado a pensiones? SI [ ] NO [x]

seleccione su fonde de pensiones

seleccione su ARL

Afiliado a caja de compensacion familiar? SI [ ] NO [ ]

Selecciones su caja decompensación

Se encuentra afiliado a un programa para la proteccion de la vejez
- pensión [ ]
- Programa Colombia Mayor [ ]
- BEPS [ ]
- Otro [ ]

Se encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez SI [ ] NO [x]

SCAN AnyScanner

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo M ☐ F ☑ ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado ☐ Unión libre ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Viudo ☑

¿Cuál es su nivel de escolaridad? Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☑ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario incomplet ☐ Universitario completo ☐ Ninguna ☐ Otro ☐

¿Cuál? Año de escolaridad aprobados:

¿Es usted cabeza de familia? SI ☐ NO ☑ ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie ☑ Con el cónyugue ☐ Con otros ☐

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 1 ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 1

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indigena ☐ Afro colombiano ROM ☐ Negro ☐ Mestizo ☐ Raizal ☐

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales?
- Mujer en estado de embarazo ☐
- Victima de violencia y/o conflicto armado ☐
- Niño o niña trabajador (-15 años) ☐
- Adulto mayor ☐
- Con una enfermedad huerfana ☐
- Reclusos INPEC ☐
- Desplazado ☐
- Desmovilizado ☐
- Joven trabajador entre 15 y 18 años? ☐
- Mujer rural trabajadora ☐
- En condición de discapacidad ☐
- Población rural migratoria ☐
- Ninguno ☐

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? Violencia sociopolítica ☐ Desastre natural ☐ Cambio climático ☐ Otro: ☐ ¿Cuál? _____

Edad (En años cumplidos) 23 Genero: LGBTI ☐ Otro: ¿Cuál? _____

¿Pertenece a alguna forma de organización social? Organización de grupos etnicos ☐ Organización de trabajadores ☐ Org. de poblacion desplazada ☐ Grupos de mujer y genero ☐ Grupos religiosos ☐ Otra ☐ Redes barriales comunitarios ☐ Ninguna ☐

La vivienda donde habita es: Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ Vivienda suministrada por el empleador ☐ otro ☐

¿Cuál es su estrato socioeconomico? 2

INFORMACION SOCIOECONOMICA

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 7

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) 84

Su oficio u ocupación lo realiza de manera: Ambulante ☑ Estacionaria ☐ Semiestacionaria ☐

¿Cuántas horas trabaja al día? 7 ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI ☑ NO ☐

¿ornada de trabajo? Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☐

Posición ocupacional: Obrero, empleado particular ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Jornalero, peón ☐ Obrero, empleado del gobierno ☐ Patrón o empleador ☑ Trabajador sin remuneración ☐ Empleado doméstico ☐ Otro ☐ Cual? _____

forma de pago: Destajo ☐ Remunerado ☐ Especie ☐ Ninguno ☐

Nivel de ingresos mensuales: Menos de 1 SLMV ☑ 1 SLMV ☐ Mas de 1 SLMV ☐ Mas de 2 SLMV ☐ Mas de 3 SLMV ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
Muy seguro ☐ Seguro ☐ Poco seguro ☐ Muy inseguro ☑

Peligros por condiciones de seguridad
- Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos ☐
- Electrico (alta y baja tensión, estatica) ☐
- Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos ☐
- Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) ☐
- Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento ☐
- Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) ☐
- Trabajo en alturas (por encima de 1,50) ☐
- Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable ☐
- Ningun peligro de condicion de seguridad ☑

PELIGRO FÍSICO	PELIGRO BIOMECÁNICO
Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	Postura (prolongada mantenida, forzada,
Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones
Vibración (cuerpo entero, segmentaria)	Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o suceción, como ellevantamiento, empuje,
Temperaturas extremas (calor y frío)	Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunto de los músculos, los huesos, las articulaciones
Presión atmosférica (normal y ajustada)	Ningun peligro biomecanico
Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)	
Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)	
Ningun peligro fisico	
PELIGRO QUÍMICO	**PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES**
Polvos (orgánicos, inorgánicos)	Sismo
Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1	Terremoto
Liquidos (nieblas y rocios)	Vendaval
Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema nervioso central, muerte)	Inundación
Humos (metálicos, no metálicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas atemperatura y presion normal)	Derrumbe
Ningun peligro Quimico	Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)
	Ningun peligro por fenomenos naturales
PELIGRO BIOLÓGICO	**PELIGRO PSICOSOCIAL**
Virus	Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)
Bacterias	Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnologia, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)
Hongos	Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)
Ricketsias	Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)
Parásitos	Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)
Picaduras	Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)
Mordeduras	Ningun peligro Psicosocial
Fluidos o excrementos	
Ningun peligro biologico	

Utiliza elementos de proteccion personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI ☐ NO ☑

SCAN AnyScanner

Cuales?

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oidos de uso multiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antirruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frio	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.6 Soldeo y técnicas conexas.	
						87.8.7 Contra riesgos de quedar	
						87.8.8 Delantal plástico	

¿Qué hace con la ropa o indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	
La lleva a la casa y la lava aparte	
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se puede presentar ene le lugar donde desarrolla su oficio u ocupació? Si [ ] NO [x]

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? Si [ ] NO [x]

Si la respuesta es SI, seleccione:

Extintor [ ] Botiquin de primeros [ ] Rutas de evacuación [ ] Salidas de emergencia [ ] Ninguna [x]

CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL TRABAJADOR

Diría usted que en general su salud es: Mala: Excelente [ ] Regular Muy buena [x] Buena [ ]

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud fisica? Si [x] No [ ]

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud mental?

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicologo o psiquiatra? Si [ ] No [x]

¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo [ ] Hogar [ ] Otro [ ]

En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente comun [ ] Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ] Enfermedad común [ ]

Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

En los ultimos 12 meses ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor Si [ ] No [x]

En los ultimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enferemedad relacionada con su oficio u ocupación?

Si [ ] No [x] No sabe / No responde [ ]

Cuantos accidentes ha sufrido en los ultimos 12 meses? 0

El acciente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón, sin herida			Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento 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			Otro		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones múltiples		
Abdomen			Lesiones generales u otras.		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO
Máquinas y/o equipos			Caídas de personas		
Medios de transporte			Caídas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios			Pisadas, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles			Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		
otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
Agentes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras		
			Otro.		

SCAN AnyScanner

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

77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐

¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupaci

¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente?

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

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

Otro ☐

En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐ NO SABE/NO RESPONDE ☐

Sistema organico afectado:

Piel ☐ Respiratorio ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Osteomuscular ☐

Cardiovascular ☐ Gastrico ☐ Renal ☐ Reproductivo ☐ Neurologico ☐

Mental ☐ otro ☐

Cual fue esa enfmedad? _____

El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? SI ☐ NO ☐

¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

ESTILO Y CONDICIONES DE VIDA

¿Cuál es su peso? (kilogramos) 90 Cual es su estatura? (Centimetros) 1.40

Perímetro abdominal

Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo? (en años)

¿Usted fuma o fumo? Si ☐ No ☐ Cuantos cigarrillos fuma al día?

¿Desarrolla alguna actividad fisica? Si ☐ No ☐ Cuantos dias a la semana realiza AF? Cuantas horas al dia lo practica?

¿Consume alcohol? Si ☐ No ☐ Con que frecuencia consume alcohol? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

¿Usted consume sustancias psicoactivas? Si ☐ No ☐ Cuales sustancias psicoacctivas consume? Marihuana ☐ Bazuco ☐ cocaina ☐ Otras psicoactivas ☐

Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? Si ☐ No ☐

Con que frecuencia consume frutas y verduras? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

ENCUESTA DE SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ULTIMO MES

Seleccione el o los sintomas que el trabajador refiera haber tenido en el ultimo mes

Dolor de cabeza	☐	Dolor de cuello	☐	Dolor de pecho	☐
Dolor de espalda	☐	Dolor en hombos o brazos	☐	Dolor en muñecas o manos	☐
Dolor de miembros inferiores	☐	Adormecimiento u hormigueo en las manos	☐	Adormecimiento u hormigueo en mmiembrosinferiores	☐
mareo, dolor, supuración, zumbidos o pitos en el oido	☐	Disminución de la visión, secreción, ardor, cansancio de ojos, ojos rojos	☐	Tos, expectoración, disnea, gripa frecuente	☐
Enrojecimiento, ampollas, descamación, comezón, cambio de color de la piel	☐	Nauseas, vomito, diarrea	☐	Le cuesta dormir o duerme mal	☐
Sensación continua de cansancio	☐	Se siente de mal humor, irritable	☐	Falta de concentración	☐
Falta de memoria	☐	Problemas de la voz	☐	Problemas de ansiedad y depresión	☐
Otros	☐	Ningún síntoma	☐		

INTERVENCION

INTERVENCIÓN

Intervención Realizada

- [x] Sensibilización en afiliación al sistema genaral de seguridad social
- [ ] Educación en minimización de riesgo químico
- [ ] Educación en minimización de riesgo biologico
- [ ] Educación en minimización de riesgo físico
- [ ] Educación en minimización de riesgo psicosocial
- [ ] Educación en minimización de riesgo ergónomico
- [x] Educación en minimización de riesgo público
- [ ] Respuesta ante emergencia
- [ ] Uso de elementos de protección personal
- [ ] Promoción de actos seguros en entorno laboral
- [ ] Otras sensibilizaciones

Firma → Graciela 20-10-2010

CC → 21.077796

FOTOGRAFIA DEL EVENTO DE SENSIBILIZACIÓN

FOTOGRAFIA DEL LISTADO DE ASISTENCIA

FINALIZACIÓN

Hora de Culminación 06:10 pm Firma del encuestador Leidy Gomez

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 612 4316 - 310 560 4347

ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO LABORAL CON ÉNFASIS EN LA INFORMALIDAD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DD MM AAAA

NUMERO DE FICHA

Hora de inicio 06:20 pm

SELECCIONE EL PROGRAMA
- [x] Estrategia APS
- [ ] Procesos de entorno laboral saludable ELS
- [ ] Municipios

FECHA DE CARACTERIZACION 16 01 2023

TIPO DE ENCUESTADOR
- [x] Técnico Labora
- [ ] GEBI
- [ ] Otras formaciones

Nombre del Encuestador Leidy Johanna Gomez Herrera

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] Número 1024509888

LUGAR DE TRABAJO

Indique el número de trabajadores de esta unidad de trabajo informal (UTI) 1

Indique el número de trabajadores a caracterizar de esta unidad de trabajo informal (UTI) 1

IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL

AMBITO TERRITORIAL
- [x] Urbano
- [ ] Alta Ruralidad
- [ ] Rural Disperso

Municipio Soacha

Localización

DIVISION GEOGRÁFICA
Vereda

Otro

Barrio Parque Campestre

Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cl 7 SUR 16 A 152

¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)

Energía [ ] Acueducto [ ] Alcantarillado [ ] Teléfono fijo [ ] Teléfono móvil [x] Gas [ ]

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL

LTI FIJO [ ] LTI MÓVIL [x] Compartido con la vivienda [ ]

Número de celular 3133639671

Teléfono fijo

PROCESO PRODUCTIVO

Seleccione la actividad económica

- [ ] agricultura
- [ ] Construcción
- [ ] Ganadería
- [ ] Pesca
- [ ] Metalmecánica
- [ ] Silvicultura
- [ ] Transporte
- [ ] Mineria
- [x] Comercio
- [ ] Manufactura
- [ ] Otro ¿Cuál? Vendedora

HABITABILIDAD

Existen en el territorio escenarios de capacitación para el desempeño profesional, artesanal, artístico, ocupacional y técnico, como: (Puede señalar varias opciones)
- [ ] Escenarios Formales
- [ ] Educación para el trabajo y el desarrollo humano
- [ ] Escenarios Informales
- [x] Ninguno (Pase a la pregunta 17)

Las personas que trabajan en el lugar de trabajo, han recibido capacitaciones en algunos de estos escenarios?
- [ ] Si
- [x] No

Seleccione el tema dela capacitacion que ha recibido
- [ ] Formalización y beneficios de la seguridad social
- [ ] procesos de registro invima
- [ ] Diseño y registro de marcas
- [ ] Etiqueta
- [ ] Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
- [ ] elementos de proteccion personal
- [ ] otra capacitación

Mediante cual de los siguientes programas se realizó la capacitación
- [ ] Mercados campesinos
- [ ] CIPUEDO
- [ ] Dimensión de salud y ambito laboral
- [ ] Secretaría de salud municipal
- [ ] Direccion de Aseguramiento Secretaria de Salud Departamental

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el último año ha realizado las siguientes actividades?

- Simulacros en casos de emergencia? [ ]
- Mantenimiento de maquinaria para evitar accidentes? [ ]
- Educación a los trabajadores para evitar accidentes? [ ]
- Control de los Factores de riesgo prioritarios [ ]

INFORMACION GENERAL DEL TRABAJADOR

Primer apellido Rodriguez

Primer nombre Ana

segundo apellido De Abril

segundo nombre Julia

Tipo de documento: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ]

Número de documento 40008760

Fecha de nacimiento: DD MM AAAA 30 06 1951

Correo electrónico:

Dirección de residencia: Cl 7 SUR 16 A 152

Teléfono célular: 3133639671

Municipio: Soacha

Seleccione la vereda:

SEGURIDAD SOCIAL DEL TRABAJADOR

Encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos laborales ? SI [ ] NO [x]

Afiliado a salud? SI [x] NO [ ]

Cuál es el nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado? COLSANITAS.

Cuál es el régimen de seguridad pertenece?
- [ ] Contributivo (cotizante)
- [ ] Contributivo (beneficiario
- [ ] Afiliado
- [ ] Vinculado
- [ ] Particular

Afiliado a pensiones? SI [ ] NO [x]

Cuál es el fonde de pensiones seleccione su ARL

Afiliado a caja de compensacion familiar? SI [ ] NO [x]

Seleccione su caja decompensación

Se encuentra afiliado a un programa para la proteccion de la vejez?
- [ ] pensión
- [ ] Programa Colombia Mayor
- [ ] BEPS
- [ ] Otro

Encuentra afiliado a un programa para la protección de la vejez? [ ] NO [x]

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

SCAN AnyScanner

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DEL TRABAJADOR

Sexo M ☐ F ☑ ¿Cuál es su estado civil actualmente? Casado ☐ Unión libre ☐ Soltero ☐ Separado ☑ Viudo ☐

¿Cuál es su nivel de escolaridad? Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☑ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario incomplet ☐ Universitario completo ☐ Ninguna ☑ Otro ☐

¿Cuál? Años de escolaridad aprobados:

¿Es usted cabeza de familia? SI ☑ NO ☐ ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? Con nadie ☑ Con el cónyugue ☐ Con otros ☐

¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 2 ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted?

¿Se autodeclara perteneciente a uno de estos grupos etnicos? Indigena ☐ Afro colombiano ☐ RQM ☐ Negro ☐ Mestizo ☐ Raizal ☐

¿Corresponde a uno de estos grupos poblacionales?
- Mujer en estado de embarazo ☐
- Victima de violencia y/o conflicto armado ☐
- Niño o niña trabajador (-15 años) ☐
- Adulto mayor ☐
- Con una enfermedad huerfana ☐
- Reclusos INPEC ☐
- Desplazado ☐
- Joven trabajador entre 15 y 18 años? ☐
- Mujer rural trabajadora ☐
- En condición de discapacidad ☐
- Población rural migratoria ☐
- Desmovilizado ☐
- Ninguno ☑

¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? Violencia sociopolitica ☐ Desastre natural ☐ Cambio climático ☐ Otro: ☐ ¿Cuál?

Edad (En años cumplidos) 60 Genero: LGBTI ☐ Otro: ¿Cuál?

¿Pertenece a alguna forma de organización social? Organización de grupos etnicos ☐ Organización de trabajadores ☐ Org. de poblacion desplazada ☐ Grupos de mujer y genero ☐ Grupos religiosos ☐ Otra ☐ Redes barriales comunitarios ☐ Ninguna ☑

La vivienda donde habita es: Propia ☐ Arrendada ☑ Familiar ☐ Vivienda suministrada por el empleador ☐ otro ☐

¿Cuál es su estrato socioeconomico? 2

INFORMACION SOCIOECONOMICA

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016) 5212

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 1

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (en meses) 12

Su oficio u ocupación lo realiza de manera: Ambulante ☑ Estacionaria ☐ Semiestacionaria ☐

¿Cuántas horas trabaja al día? 10 ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7

¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? SI ☑ NO ☐

¿jornada de trabajo? Diurna ☐ Nocturna ☐ Mixta ☑

Posición ocupacional: Obrero, empleado particular ☐ Trabajador por cuenta propia ☐ Jornalero, peón ☐ Obrero, empleado del gobierno ☐ Patrón o empleador ☑ Trabajador sin remuneración ☐ Empleado doméstico ☐ Otro ☐ Cual? ☐

forma de pago: Destajo ☐ Remunerado ☐ Especie ☐ Ninguno ☐

Nivel de ingresos mensuales: Menos de 1 SLMV ☑ 1 SLMV ☐ Mas de 1 SLMV ☐ Mas de 2 SLMV ☐ Mas de 3 SLMV ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
Muy seguro ☐ Seguro ☐ Poco seguro ☐ Muy inseguro ☐

Peligros por condiciones de seguridad
- Mecanico (elementos o partes de m+aquinas , herramientas, equipos, piezas a trabajar,materiales proyectados solidos ofluidos ☐
- Electrico (alta y baja tensión, estatica) ☐
- Locativo (sistemas y medios de almacenamiento, superficies de trabajo irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel, condiciones de orden y aseo,caida de objetos ☐
- Tecnologico (explosión, fuga, derrame, incendio) ☐
- Accidentes de transito (Evento generalmente involuntario, generado al menos por jun vehiculo en movimiento ☐
- Publicos (Robos, atracos, asaltos, atentados,, de orden publico etc) ☐
- Trabajo en alturas (por encima de 1,50) ☐
- Espacios Confinados (Espacios con aberturas limitadas de entrada, salida y ventilaciónnatural desfavorable ☐
- Ningun peligro de condicion de seguridad ☑

PELIGRO FÍSICO
- Ruido (de impacto, intermitente, continuo) ☐
- Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) ☐
- Vibración (cuerpo entero, segmentaria) ☐
- Temperaturas extremas (calor y frio) ☐
- Presión atmosférica (normal y ajustada) ☐
- Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa) ☐
- Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) ☐
- Ningun peligro fisico ☐

PELIGRO QUÍMICO
- Polvos (orgánicos, inorgánicos) ☐
- Fibras (particulas con diametro inferior a 3µm y longitud superior a 5 cuya relacion longitud/diametro sea 3a 1 ☐
- Liquidos (nieblas y rocios) ☐
- Gases y vapores (Sustancias en forma gaseosa que producen afecciones del sistema respiratorio, intoxicaciones, quemaduras, dermatitis, alteraciones del sistema nervioso central, riñente) ☐
- Humos (metalicos, no metalicos, aerosoles que se forman por condensación de vapores de sustancias que son solidas atemperatura y presion normal) ☐
- Ningun peligro Químico ☐

PELIGRO BIOLÓGICO
- Virus ☐
- Bacterias ☐
- Hongos ☐
- Ricketsias ☐
- Parásitos ☐
- Picaduras ☐
- Mordeduras ☐
- Fluidos o excrementos ☐
- Ningun peligro biologico ☐

PELIGRO BIOMECÁNICO
- Postura (prolongada mantenida, forzada, ☐
- Esfuerzo (que ecede a lo necesario o recomendable, produciendo lesiones ☐
- Manipulación manual de cargas (Operación de transporte o sucesión, como ellevantamiento, empuje, tracción, ☐
- Movimiento repetitivo (Movimientos continuos mantenidos durante un trabajo, que implica la accion conjunta de los musculos, los huesos, las articulaciones ☐
- Ningun peligro biomecanico ☐

PELIGRO POR FENóMENOS NATURALES
- Sismo ☐
- Terremoto ☐
- Vendaval ☐
- Inundación ☐
- Derrumbe ☐
- Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas) ☐
- Ningun peligro por fenomenos naturales ☑

PELIGRO PSICOSOCIAL
- Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) ☐
- Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) ☐
- Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) ☐
- Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonia, etc.) ☐
- Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomia y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización) ☐
- Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) ☐
- Ningun peligro Psicosocial ☐

Utiliza elementos de proteccion personal en la realizacion de su oficio u ocupación habitual? SI ☑ NO ☐

SCAN AnyScanner

Cuales?

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA	87.2. PROTECCIÓN OCULAR	87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO	87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA
87.1.1 Cascos para usos especiales.	87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.	87.3.1 Orejeras	87.4.1 Tapabocas
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo	87.2.2 Gafas de montura integral.	87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable	87.4.2 Máscaras para gases
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza	87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos	87.3.3 Protectores auriculares	87.4.3 Máscaras para vapores
87.1.4 Sombrero	87.2.4 Pantalla facial.	87.3.4 Cascos antiruido	87.4.4 Mascarillas autofiltrantes
87.1.5 Gorro o cachucha	87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.		
	87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.		

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES MANOS	87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES PIES	87.7. OTROS ELEMENTOS	87.8. ROPA DE PROTECCIÓN
87.5.1 Guantes de látex	87.6.1 Calzado de seguridad	87.7.1 Eslinga	87.8.1 Contra productos químicos
87.5.2 Guantes de Nitrilo	87.6.2 Calzado de trabajo	87.7.2 Cinturón de seguridad	87.8.2 Alta visibilidad
87.5.3 Guantes de Neopreno	87.6.3 Calzado dieléctrico	87.7.3 Arnés	87.8.3 Contra el frío
87.5.4 Guantes de Malla	87.6.4 Calzado antiestático	87.7.4 Casco con barbuquejo	87.8.4 Propiedades electroestáticas
	87.6.5 Botas de caucho	87.7.5 Línea de vida	87.8.5 Contra calor y llamas
		87.7.6 Mosquetones	87.8.6 Soldeo y técnicas conexas.
			87.8.7 Contra riesgos de quedar
			87.8.8 Delantal plástico

¿Qué hace con la ropa o indumentaria de trabajo despues de terminada la actividad?

La lleva a la casa y la lava junto	
La lleva a la casa y la lava aparte	
La lava y guarda en el lugar de	
Permanece con la ropa o	
Otros	

Tiene identificadas las posibles emergencias que se puede presentar ene le lugar donde desarrolla su oficio u ocupació? SI NO

En caso de presentarse una emergencia, ¿Cuenta con equipo para atenderla? SI NO

Si la respuesta es SI, seleccione:

Extintor
Botiquin de primeros
Rutas de evacuación

Salidas de emergencia
Ninguna

CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL TRABAJADOR

Diría usted que en general su salud es: Mala: Regular Buena
Excelente Muy buena

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud física? Si No

¿En los Ultimos 30 días estuvo bien de salud mental? Si No

En los ultimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con sicologo o psiquiatra? Si No

¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales ? Trabajo Hogar Otro

En caso que en el ultimo mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿Cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

Accidente comun Accidente relacionado con su oficio u ocupación Enfermedad común

Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación

En los ultimos 12 meses ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio o labor Si No

En los ultimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enferemedad relacionada con su oficio u ocupación?
Si No No sabe / No responde

Cuantos accidentes ha sufrido en los ultimos 12 meses? 0

El acciente mas grave relacionado con su oficio u ocupacion que tuvo en los ultimos 12 meses, que lesiones le ocasiono?

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO
Fractura			Quemadura		
Luxación			Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia		
torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci{on de musculo o tendón, sin herida			Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento 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			Otro		

¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO
Cabeza y cuello			Manos		
Ojos			Miembros inferiores		
Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			Pies		
Torax			Ubicaciones múltiples		
Abdomen			Lesiones generales u otras.		
Miembros superiores					

¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

Causas del accidente (agente)	SI	NO	Causas del accidente (mecanismos)	SI	NO
Máquinas y/o equipos			Caídas de personas		
Medios de transporte			Caídas de objetos		
Aparatos incluye herramientas, implementos o tensilios			Pisadas, choques o golpes		
Materiales o sustancias incluye las radiaciones			Atrapamiento		
mbiente de trabajo incluye superficies de ánsito y trabajo, muebles			Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento		
ros agentes no clasificados incluye animales os o productos animales			Exposición o contacto con temperatura extrema		
entes no clasificados			Exposición o contacto con la electricidad		
			Exposición o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras		
			Otro.		

SCAN AnyScanner

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

77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐
77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐

¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupaci

¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente?

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

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

En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación? SI ☐ NO ☐ NO SABE/NO RESPONDE ☐

Sistema organico afectado:

Piel ☐ Respiratorio ☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Osteomuscular ☐
Cardiovascular ☐ Gastrico ☐ Renal ☐ Reproductivo ☐ Neurologico ☐
Mental ☐ otro ☐

Cual fue esa enfmedad? _____

El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? SI ☐ NO ☐

¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?

83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

ESTILO Y CONDICIONES DE VIDA

¿Cuál es su peso? (kilogramos) 49 Cual es su estatura? (Centimetros) 1.50

Perimetro abdominal

¿Usted fuma o fumo? Si ☐ No ☐ Cuantos cigarrillos fuma al día? _____ Cuanto tiempo lleva consumiendo cigarrillo? (en años)

¿Desarrolla alguna actividad fisica? Si ☐ No ☐ Cuantos dias a la semana realiza AF? Cuantas horas al dia lo practica?

¿Consume alcohol? Si ☐ No ☐ Con que frecuencia consume alcohol? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

¿Usted consume sustancias psicoactivas? Si ☐ No ☐ Cuales sustancias psicoacctivas consume? Marihuana ☐ Bazuco ☐ cocaina ☐ Otras psicoactivas ☐

Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? Si ☐ No ☐

Con que frecuencia consume frutas y verduras? Diario ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ ocasionalmente ☐ Nunca ☐

ENCUESTA DE SINTOMAS PRESENTADOS EN EL ULTIMO MES

Seleccione el o los sintomas que el trabajador refiera haber tenido en el ultimo mes

Dolor de cabeza	☐	Dolor de cuello	☐	Dolor de pecho	☐
Dolor de espalda	☐	Dolor en hombos o brazos	☐	Dolor en muñecas o manos	☐
Dolor de miembros inferiores	☐	Adormecimiento u hormigueo en las manos	☐	Adormecimiento u hormigueo en mmiembrosinferiores	☐
mareo, dolor, supuración, zumbidos o pitos en el oido	☐	Disminución de la visión, secreción, ardor, cansancio de ojos, ojos rojos	☐	Tos, expectoración, disnea, gripa frecuente	☐
Enrojecimiento, ampollas, descamación, comezón, cambio de color de la piel	☐	Nauseas, vomito, diarrea	☐	Le cuesta dormir o duerme mal	☐
Sensación continua de cansancio	☐	Se siente de mal humor, irritable	☐	Falta de concentración	☐
Falta de memoria	☐	Problemas de la voz	☐	Problemas de ansiedad y depresión	☐
Otros	☐	Ningún síntoma	☐		

INTERVENCION

INTERVENCIÓN

Intervención Realizada

- ☑ Sensibilización en afiliación al sistema genaral de seguridad social
- ☐ Educación en minimización de riesgo químico
- ☐ Educación en minimización de riesgo biologico
- ☐ Educación en minimización de riesgo fisico
- ☐ Educación en minimización de riesgo psicosocial
- ☐ Educación en minimización de riesgo ergónomico
- ☑ Educación en minimización de riesgo público
- ☐ Respuesta ante emergencia
- ☐ Uso de elementos de protección personal
- ☐ Promoción de actos seguros en entorno laboral
- ☐ Otras sensibilizaciones

Firma → Anafucia Rodrigo

CC → 40.008760 fun

FOTOGRAFIA DEL EVENTO DE SENSIBILIZACIÓN

FOTOGRAFIA DEL LISTADO DE ASISTENCIA

FINALIZACIÓN

Hora de Culminación 07:30 pm

Firma del encuestador Leidy Gomez

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140916-1 TELÉFONO 812 4316 - 310 580 4567

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

DE TRABAJO INFORMAL: COMPRA DE RECICLAJE - SOACHA L
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA UNIDAD DE TRABAJO INFORMAL: CAFETERIA - SOACHA OASIS COMUNA 4
ACTIVIDAD ECONOMICA: CL 42 33 16
FECHA: 23-01-2023
EVALUACION INICIAL: 22-12-22

TAREAS	FACTOR DE RIESGO	FUENTE	ACTIVIDAD		EXPUESTOS						HORA EXPOSICION	MEDIDAS DE CONTROL				PROBABILIDAD A/P			CONSECUENCIA			ESTIMACIÓN DEL RIESGO	RECOMENDACIONES VISITA 1	RECOMENDACIONES VISITA 2
			RUTINARIA	NO RUTINARIA	PLANTA	TEMPORALES	DE COOPERATIVAS	INDEPENDIENTES	TOTAL			FUENTE	MEDIO	PERSONAS	METODO	BAJA	MEDIA	ALTA	LIGERAMENTE DAÑINO	DAÑINO	EXTREMADAMENTE DAÑINO			
VENTAS	FENOMENOS NATURALES	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES: SISMO ,TERREMOTO, VENDABAL, INUNDACION,DERRUMBE, PRECIPITACIONES,INCENDIOS ENTRE OTROS.	x					1	1	10	EXTINTOR . BOTIQUIN	SEÑALIZACION . IDENTIFIACION RUTAS DE EVACUACION	NINGUNO	CAPACITACION AL PERSONAL EN CASO DE EMERGENCIA DE FENOMENOS NATURALES	x				x		RIESGO IMPORTANTE	MANTENER INSUMOS COMO EXTINTOR . BOTIQUIN Y SEÑALIZACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA , MANTENER LA CALMA, BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO O LUGARES DESPEJADOS. CAPACITAR AL PERSONAL EN CASO DE UNA EMERGENCIA.	NO Comple.
ATENCION AL CLIENTE	BIOLOGICO	PELIGROS BIOLOGICOS: VIRUS, BACTERIAS,HONGOS,PARASITOS, MORDEDURAS, CONCTACTO CON FLUIDOS CORPORALES Y SECRECIONES.	x					1	1	10	NINGUNO	DEMARCACION PARA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL . ASEO Y LIMPIEZA CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	USO DE EPP GUANTES, TAPABOCAS, DOTACION Y ANTIFLUIDO	LIMPIEZA DE AREAS DE TRABAJO CON HIPOCLORITO Y ALCHOL			X		x		RIESGO IMPORTANTE	USO DE TAPABOCAS DESECHABLE DE UN SOLO USO. REALIZAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COMO: LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO. USO DE TAPABOCAS ADECUADAMENTE CUBRIENDO BOCA Y NARIZ . NO ATENDER A NINGUN CLIENTE SIN TAPABOCAS, UTILIZAR GEL ALCHOL DESINFECTANTE . PARA TRABAJADORES Y PUBLICO . MANTENER ASEO Y ORDEN EN LA UTI Y DESINFECCION CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	Cumple
	PUBLICO	PELIGROS: ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS,ORDEN PUBLICO .	x					1	1	10	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO			X		x		RIESGO IMPORTANTE	ALARMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO . NUMEROS DE LA POLICIA PARA INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA O CASO SOSPECHOSO	Cumple

Firma → [signature]

CC → 52491275

Tel → 3222005347

TECNICO SALUD OCUPACIONAL
Leidy Gomez

SCAN AnyScanner

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

DE TRABAJO INFORMAL: COMPRA DE RECICLAJE - SOACHA L
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA UNIDAD DE TRABAJO INFORMAL : VENTA ELECTRODOMESTICOS - SOACHA OASIS COMUNA 4
ACTIVIDAD ECONOMICA: CL 42 36 02 ESTE
FECHA: 23-01-2023
EVALUACIÓN INICIAL: 23-12-22

TAREAS	FACTOR DE RIESGO	FUENTE	ACTIVIDAD		EXPUESTOS					HORA EXPOSICION	MEDIDAS DE CONTROL				PROBABILIDAD			CONSECUENCIA			ESTIMACIÓN DEL RIESGO	RECOMENDACIONES VISITA 1	RECOMENDACIONES VISITA 2
			RUTINARIA	NO RUTINARIA	PLANTA	TEMPORALES	DE COOPERATIVAS	INDEPENDIENTES	TOTAL		FUENTE	MEDIO	PERSONAS	MÉTODO	BAJA	MEDIA	ALTA	LIGERAMENTE DAÑINO	DAÑINO	EXTREMADAMENTE DAÑINO			
VENTAS	FENOMENOS NATURALES	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES: SISMO ,TERREMOTO, VENDABAL, INUNDACION,DERRUMBE, PRECIPITACIONES,INCENDIOS ENTRE OTROS.	x					1	1	10	EXTINTOR . BOTIQUIN	SEÑALIZACION . IDENTIFIACION RUTAS DE EVACUACION	NINGUNO	CAPACITACION AL PERSONAL EN CASO DE EMERGENCIA DE FENOMENOS NATURALES	x				x		RIESGO IMPORTANTE	MANTENER INSUMOS COMO EXTINTOR . BOTIQUIN Y SEÑALIZACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA . MANTENER LA CALMA, BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO O LUGARES DESPEJADOS. CAPACITAR AL PERSONAL EN CASO DE UNA EMERGENCIA.	NO Comple
ATENCION AL CLIENTE	BIOLOGICO	PELIGROS BIOLOGICOS: VIRUS, BACTERIAS,HONGOS,PARASITOS, MORDEDURAS, CONCTACTO CON FLUIDOS CORPORALES Y SECRECIONES.	x					1	1	10	NINGUNO	DEMARCACION PARA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL . ASEO Y LIMPIEZA CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	USO DE EPP GUANTES, TAPABOCAS, DOTACION Y ANTIFLUIDO	LIMPIEZA DE AREAS DE TRABAJO CON HIPOCLORITO Y ALCHOL			x			x	RIESGO IMPORTANTE	USO DE TAPABOCAS DESECHABLE DE UN SOLO USO. REALIZAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COMO LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO. USO DE TAPABOCAS ADECUADAMENTE CUBRIENDO BOCA Y NARIZ . NO ATENDER A NINGUN CLIENTE SIN TAPABOCAS. UTILIZAR GEL ALCHOL DESINFECTANTE . PARA TRABAJADORES Y PUBLICO . MANTENER ASEO Y ORDEN EN LA UTI Y DESINFECCION CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	NO Comple
	PUBLICO	PELIGROS: ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS,ORDEN PUBLICO .	x					1	1	10	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO			x		x		RIESGO IMPORTANTE	ALARMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO . NUMEROS DE LA POLICIA PARA INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA O CASO SOSPECHOSO	Comple

Firma → Henny Osorio

CC → 1002955026

Tel → 3112145226

Leidy Gomez
TECNICO SALUD OCUPACIONAL

SCAN AnyScanner

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

DE TRABAJO INFORMAL: COMPRA DE RECICLAJE - SOACHA L
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO
NOMBRE DE LA UNIDAD DE TRABAJO INFORMAL: VENTA DE ROPA DE SEGUNDA - SOACHA OASIS COMUNA 4
ACTIVIDAD ECONOMICA: CL 42 37 ESTE
FECHA: 23-01-2023
EVALUACION INICIAL: 23-12-22

TAREAS	FACTOR DE RIESGO	FUENTE	ACTIVIDAD		EXPUESTOS					HORA EXPOXICION	MEDIDAS DE CONTROL				PROBABILIDAD			CONSECUENCIA			ESTIMACIÓN DEL RIESGO	RECOMENDACIONES VISITA 1	RECOMENDACIONES VISITA 2
			RUTINARIA	NO RUTINARIA	PLANTA	TEMPORALES	DE COOPERATIVAS	INDEPENDIENTES	TOTAL		FUENTE	MEDIO	PERSONAS	METODO	BAJA	MEDIA	ALTA	LIGERAMENTE DAÑINO	DAÑINO	EXTREMADAMENTE DAÑINO			
VENTAS	FENOMENOS NATURALES	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES: SISMO ,TERREMOTO, VENDABAL, INUNDACION,DERRUMBE, PRECIPITACIONES,INCENDIOS ENTRE OTROS.	x					1	1	10	EXTINTOR . BOTIQUIN	SEÑALIZACION . IDENTIFIACION RUTAS DE EVACUACION	NINGUNO	CAPACITACION AL PERSONAL EN CASO DE EMERGENCIA DE FENOMENOS NATURALES	X				X		RIESGO IMPORTANTE	MANTENER INSUMOS COMO EXTINTOR . BOTIQUIN Y SEÑALIZACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA . MANTENER LA CALMA, BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO O LUGARES DESPEJADOS. CAPACITAR AL PERSONAL EN CASO DE UNA EMERGENCIA.	Cumple
ATENCION AL CLIENTE	BIOLOGICO	PELIGROS BIOLOGICOS: VIRUS, BACTERIAS,HONGOS,PARASITOS, MORDEDURAS, CONCTACTO CON FLUIDOS CORPORALES Y SECRECIONES.	x					1	1	10	NINGUNO	DEMARCACION PARA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL . ASEO Y LIMPIEZA CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	USO DE EPP GUANTES, TAPABOCAS, DOTACION Y ANTIFLUIDO	LIMPIEZA DE AREAS DE TRABAJO CON HIPOCLORITO Y ALCHOL			X		X		RIESGO IMPORTANTE	USO DE TAPABOCAS DESECHABLE DE UN SOLO USO. REALIZAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COMO: LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO. USO DE TAPABOCAS ADECUADAMENTE CUBRIENDO BOCA Y NARIZ . NO ATENDER A NINGUN CLIENTE SIN TAPABOCAS. UTILIZAR GEL ALCHOL DESINFECTANTE PARA TRABAJADORES Y PUBLICO . MANTENER ASEO Y ORDEN EN LA UTI Y DESINFECCION CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	Cumple
	PUBLICO	PELIGROS: ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS,ORDEN PUBLICO .	x					1	1	10	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO			X		X		RIESGO IMPORTANTE	ALARMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO . NUMEROS DE LA POLICIA PARA INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA O CASO SOSPECHOSO	Cumple.

Firma -> Candido Garzon Paredes TECNICO OCUPACIONAL
CC -> 26566 524 Leidy Gomez
Tel -> 3028376094

SCAN AnyScanner

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

DE TRABAJO INFORMAL: COMPRA DE RECICLAJE - SOACHA L
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA UNIDAD DE TRABAJO INFORMAL: VENTA DE SEGUNDA - SOACHA OASIS COMUNA 4
ACTIVIDAD ECONOMICA: CL 42 KR 18
FECHA: 23-01-2023
EVALUACION INICIAL: 22-12-22

TAREAS	FACTOR DE RIESGO	FUENTE	ACTIVIDAD		EXPUESTOS					HORA EXPOSICION	MEDIDAS DE CONTROL				PROBABILIDAD			CONSECUENCIAS		ESTIMACIÓN DEL RIESGO	RECOMENDACIONES VISITA 1	RECOMENDACIONES VISITA 2
			RUTINARIA	NO RUTINARIA	PLANTA	TEMPORALES	DE COOPERATIVAS	INDEPENDIENTES	TOTAL		FUENTE	MEDIO	PERSONAS	METODO	BAJA	MEDIA	ALTA	LIGERAMENTE DAÑINO	DAÑINO	EXTREMADAMENTE DAÑINO			
VENTAS	FENOMENOS NATURALES	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES: SISMO ,TERREMOTO, VENDABAL, INUNDACION,DERRUMBE, PRECIPITACIONES,INCENDIOS ENTRE OTROS.	x					1	1	10	EXTINTOR . BOTIQUIN	SEÑALIZACION . IDENTIFIACION RUTAS DE EVACUACION	NINGUNO	CAPACITACION AL PERSONAL EN CASO DE EMERGENCIA DE FENOMENOS NATURALES	x				x		RIESGO IMPORTANTE	MANTENER INSUMOS COMO EXTINTOR . BOTIQUIN Y SEÑALIZACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA , MANTENER LA CALMA, BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO O LUGARES DESPEJADOS. CAPACITAR AL PERSONAL EN CASO DE UNA EMERGENCIA.	Comple
ATENCION AL CLIENTE	BIOLOGICO	PELIGROS BIOLOGICOS: VIRUS, BACTERIAS,HONGOS,PARASITOS, MORDEDURAS, CONCTACTO CON FLUIDOS CORPORALES Y SECRECIONES.	x					1	1	10	NINGUNO	DEMARCACION PARA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL . ASEO Y LIMPIEZA CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	USO DE EPP GUANTES, TAPABOCAS, DOTACION Y ANTIFLUIDO	LIMPIEZA DE AREAS DE TRABAJO CON HIPOCLORITO Y ALCHOL			x		x		RIESGO IMPORTANTE	USO DE TAPABOCAS DESECHABLE DE UN SOLO USO. REALIZAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COMO: LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO. USO DE TAPABOCAS ADECUADAMENTE CUBRIENDO BOCA Y NARIZ . NO ATENDER A NINGUN CLIENTE SIN TAPABOCAS. UTILIZAR GEL ALCHOL DESINFECTANTE . PARA TRABAJADORES Y PUBLICO . MANTENER ASEO Y ORDEN EN LA UTI Y DESINFECCION CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	Comple
	PUBLICO	PELIGROS: ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS,ORDEN PUBLICO .	x					1	1	10	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO			x		x		RIESGO IMPORTANTE	ALARMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO . NUMEROS DE LA POLICIA PARA INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA O CASO SOSPECHOSO	Comple.

Firma → NELSON Peña
CC → 1031803159
Tel → 3104171183

Leidy Gomez
TECNOLOGO SALUD OCUPACIONAL

SCAN AnyScanner

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA UNIDAD DE TRABAJO INFORMAL: TIENDA DE BARRIO
ACTIVIDAD ECONOMICA: COMERCIO
FECHA: 23-01-2023
EVALUACION INICIAL: 28/12/2022

TAREAS	FACTOR DE RIESGO	FUENTE	ACTIVIDAD		EXPUESTOS						HORA EXPOXICION	MEDIDAS DE CONTROL				PROBABILIDAD			CONSECUENCIAS			ESTIMACIÓN DEL RIESGO	RECOMENDACIONES VISITA 1	RECOMENDACIONES VISITA 2
			RUTINARIA	NO RUTINARIA	PLANTA	TEMPORALES	DE COOPERATIVAS	INDEPENDIENTES	TOTAL			FUENTE	MEDIO	PERSONAS	MÉTODO	BAJA	MEDIA	ALTA	LIGERAMENTE DAÑINO	DAÑINO	EXTREMADAMENTE DAÑINO			
VENTAS	FENOMENOS NATURALES	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES: SISMO ,TERREMOTO, VENDABAL, INUNDACION,DERRUMBE, PRECIPITACIONES,INCENDIOS ENTRE OTROS.	x					1	1		10	EXTINTOR , BOTIQUIN	SEÑALIZACION , IDENTIFIACION RUTAS DE EVACUACION	NINGUNO	CAPACITACION AL PÉRSONAL EN CASO DE EMERGENCIA DE FENOMENOS NATURALES	x				x		RIESGO IMPORTANTE	MANTENER INSUMOS COMO EXTINTOR , BOTIQUIN Y SEÑALIZACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA , MANTENER LA CALMA, BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO O LUGARES DESPEJADOS. CAPACITAR AL PERSONAL EN CASO DE UNA EMERGENCIA.	Cumple
ATENCION AL CLIENTE	BIOLOGICO	PELIGROS BIOLOGICOS: VIRUS, BACTERIAS,HONGOS,PARASITOS, MORDEDURAS, CONCTACTO CON FLUIDOS CORPORALES Y SECRECIONES.	x					1	1		10	NINGUNO	DEMARCACION PARA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL , ASEO Y LIMPIEZA CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	USO DE EPP GUANTES, TAPABOCAS, DOTACION Y ANTIFLUIDO	LIMPIEZA DE AREAS DE TRABAJO CON HIPOCLORITO Y ALCHOL			x			x	RIESGO IMPORTANTE	USO DE TAPABOCAS DESECHABLE DE UN SOLO USO. REALIZAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COMO: LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO. USO DE TAPABOCAS ADECUADAMENTE CUBRIENDO BOCA Y NARIZ , NO ATENDER A NINGUN CLIENTE SIN TAPABOCAS, UTILIZAR GEL ALCHOL DESINFECTANTE , PARA TRABAJADORES Y PUBLICO , MANTENER ASEO Y ORDEN EN LA UTI Y DESINFECCION CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	Cumple
	PUBLICO	PELIGROS: ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS,ORDEN PUBLICO .	x					1	1		10	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO			x		x		RIESGO IMPORTANTE	ALARMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO , NUMEROS DE LA POLICIA PARA INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA O CASO SOSPECHOSO	Cumple

Firma → Javier Alonso Orjuela

CC → 7010641

Tel → 3115654749

TECNICO SALUD OCUPACIONAL
Leidy Gomez

AnyScanner

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

DE TRABAJO INFORMAL: COMPRA DE RECICLAJE - SOACHA L
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA UNIDAD DE TRABAJO INFORMAL : TIENDA BARRIO - SOACHA OASIS COMUNA 4
ACTIVIDAD ECONOMICA: CL 42 36 20 ESTE
FECHA: 23-01-2023
EVALUACION INICIAL: 23-12-22

TAREAS	FACTOR DE RIESGO	FUENTE	ACTIVIDAD		EXPUESTOS						HORA EXPOXICION	MEDIDAS DE CONTROL				PROBABILIDAD			CONSECUENCIA			ESTIMACIÓN DEL RIESGO	RECOMENDACIONES VISITA 1	RECOMENDACIONES VISITA 2
			RUTINARIA	NO RUTINARIA	PLANTA	TEMPORALES	DE COOPERATIVAS	INDEPENDIENTES	TOTAL		FUENTE	MEDIO	PERSONAS	METODO	BAJA	MEDIA	ALTA	LIGERAMENTE DAÑINO	DAÑINO	EXTREMADAMENTE DAÑINO			
VENTAS	FENOMENOS NATURALES	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES: SISMO ,TERREMOTO, VENDABAL, INUNDACION,DERRUMBE, PRECIPITACIONES,INCENDIOS ENTRE OTROS.	x					1	1	6	EXTINTOR , BOTIQUIN	SEÑALIZACION , IDENTIFIACION RUTAS DE EVACUACION	NINGUNO	CAPACITACION AL PERSONAL EN CASO DE EMERGENCIA DE FENOMENOS NATURALES	x				x		RIESGO IMPORTANTE	MANTENER INSUMOS COMO EXTINTOR , BOTIQUIN Y SEÑALIZACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA. MANTENER LA CALMA, BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO O LUGARES DESPEJADOS. CAPACITAR AL PERSONAL EN CASO DE UNA EMERGENCIA.	NO Comple
ATENCION AL CLIENTE	BIOLOGICO	PELIGROS BIOLOGICOS: VIRUS, BACTERIAS,HONGOS,PARASITOS, MORDEDURAS, CONCTACTO CON FLUIDOS CORPORALES Y SECRECIONES.	x					1	1	6	NINGUNO	DEMARCACION PARA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL . ASEO Y LIMPIEZA CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	USO DE EPP GUANTES, TAPABOCAS, DOTACION Y ANTIFLUIDO	LIMPIEZA DE AREAS DE TRABAJO CON HIPOCLORITO Y ALCHOL			x		x		RIESGO IMPORTANTE	USO DE TAPABOCAS DESECHABLE DE UN SOLO USO. REALIZAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COMO: LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO. USO DE TAPABOCAS ADECUADAMENTE CUBRIENDO BOCA Y NARIZ . NO ATENDER A NINGUN CLIENTE SIN TAPABOCAS, UTILIZAR GEL ALCHOL DESINFECTANTE , PARA TRABAJADORES Y PUBLICO . MANTENER ASEO Y ORDEN EN LA UTI Y DESINFECCION CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	NO Comple
	PUBLICO	PELIGROS: ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS,ORDEN PUBLICO .	x					1	1	6	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO			x		x		RIESGO IMPORTANTE	ALARMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO , NUMEROS DE LA POLICIA PARA INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA O CASO SOSPECHOSO	Comple

Firma ->

cc -> 4744794

tel -> 3202009658

TECNICO SALUD OCUPACIONAL
Leidy Gomez

AnyScanner

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

DE TRABAJO INFORMAL: COMPRA DE RECICLAJE - SOACHA L
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA UNIDAD DE TRABAJO INFORMAL: VENTA DE ROPA DE SEGUNDA - SOACHA OASIS COMUNA 4
ACTIVIDAD ECONOMICA: CL 42 36 03 ESTE
FECHA: 23-01-2023
EVALUACION INICIAL: 23-12-22

TAREAS	PACTOR DE RIESGO	FUENTE	ACTIVIDAD RUTINARIA	ACTIVIDAD NO RUTINARIA	EXPUESTOS PLANTA	EXPUESTOS TEMPORALES	EXPUESTOS DE COOPERATIVAS	EXPUESTOS INTERMITENTES	EXPUESTOS TOTAL	HORA EXPOSICION H	MEDIDAS DE CONTROL FUENTE	MEDIDAS DE CONTROL MEDIO	MEDIDAS DE CONTROL PERSONAS	MEDIDAS DE CONTROL METODO	PROBABILIDAD NP BAJA	PROBABILIDAD NP MEDIA	PROBABILIDAD NP ALTA	CONSECUENCIA NC LIGERAMENTE DAÑINO	CONSECUENCIA NC DAÑINO	CONSECUENCIA NC EXTREMADAMENTE DAÑINO	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	RECOMENDACIONES VISITA 1	RECOMENDACIONES VISITA 2
VENTAS	FENOMENOS NATURALES	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES: SISMO ,TERREMOTO, VENDABAL, INUNDACION,DERRUMBE, PRECIPITACIONES,INCENDIOS ENTRE OTROS.	x					1	1	10	EXTINTOR, BOTIQUIN	SEÑALIZACION , IDENTIFICACION RUTAS DE EVACUACION	NINGUNO	CAPACITACION AL PERSONAL EN CASO DE EMERGENCIA DE FENOMENOS NATURALES	X				X		RIESGO IMPORTANTE	MANTENER INSUMOS COMO EXTINTOR , BOTIQUIN Y SEÑALIZACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA , MANTENER LA CALMA, BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO O LUGARES DESPEJADOS. CAPACITAR AL PERSONAL EN CASO DE UNA EMERGENCIA.	Cumple
ATENCION AL CLIENTE	BIOLOGICO	PELIGROS BIOLOGICOS: VIRUS, BACTERIAS,HONGOS,PARASITOS, MORDEDURAS, CONCTACTO CON FLUIDOS CORPORALES Y SECRECIONES.	x					1	1	10	NINGUNO	DEMARCACION PARA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL . ASEO Y LIMPIEZA CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	USO DE EPP GUANTES, TAPABOCAS, DOTACION Y ANTIFLUIDO	LIMPIEZA DE AREAS DE TRABAJO CON HIPOCLORITO Y ALCHOL			X		X		RIESGO IMPORTANTE	USO DE TAPABOCAS DESECHABLE DE UN SOLO USO. REALIZAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COMO: LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO. USO DE TAPABOCAS ADECUADAMENTE CUBRIENDO BOCA Y NARIZ . NO ATENDER A NINGUN CLIENTE SIN TAPABOCAS. UTILIZAR GEL ALCHOL DESINFECTANTE , PARA TRABAJADORES Y PUBLICO . MANTENER ASEO Y ORDEN EN LA UTI Y DESINFECCION CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	Cumple
	PUBLICO	PELIGROS: ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS,ORDEN PUBLICO .	x					1	1	10	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO			X		X		RIESGO IMPORTANTE	ALARMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO , NUMEROS DE LA POLICIA PARA INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA O CASO SOSPECHOSO	Cumple

Firma -> Maria Victoria
CC -> 1024550766.
tel -> 3045643363.

TECNICO SALUD OCCUPACIONAL
Ibidy Gomez

AnyScanner

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

DE TRABAJO INFORMAL: COMPRA DE RECICLAJE - SOACHA I.
PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA UNIDAD DE TRABAJO INFORMAL : VENTA DE ELECTRODOMESTICOS - SOACHA ISLA COMUNA 4
ACTIVIDAD ECONOMICA: CL 4233 09
FECHA: 23 - 01 - 2023
EVALUACION INICIAL 24-12-22

TAREAS	FACTOR DE RIESGO	FUENTE	EXPUESTOS: NUMERO (ACTIVIDAD)	EXPUESTOS: NO. EXPUESTOS	EXPUESTOS: PLANTA	EXPUESTOS: TEMPORALES	EXPUESTOS: DE CONTRATISTAS	EXPUESTOS: INDEPENDIENTES	EXPUESTOS: TOTAL	HORA EXPOSICION	MEDIDAS DE CONTROL: FUENTE	MEDIO	PERSONAS	METODO	PROBABILIDAD: BAJA	PROBABILIDAD: MEDIA	PROBABILIDAD: ALTA	CONSECUENCIA: LIGERAMENTE DAÑINO	CONSECUENCIA: DAÑINO	CONSECUENCIA: EXTREMADAMENTE DAÑINO	ESTIMACION DEL RIESGO	RECOMENDACIONES VISITA 1	RECOMENDACIONES VISITA 2
VENTAS	FENOMENOS NATURALES	PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES SISMO TERREMOTO VENDABAL INUNDACION DERRUMBE PRECIPITACIONES INCENDIOS ENTRE OTROS.	x					3	1	10	EXTINTOR BOTIQUIN	SEÑALIZACION IDENTIFICACION RUTAS DE EVACUACION	NINGUNO	CAPACITACION AL PERSONAL EN CASO DE EMERGENCIA DE FENOMENOS NATURALES				1			RIESGO IMPORTANTE	MANTENER INSUMOS COMO EXTINTOR BOTIQUIN Y SEÑALIZACION EN CASO DE UNA EMERGENCIA MANTENER LA CALMA BUSCAR PUNTOS DE ENCUENTRO O LUGARES DESPEJADOS CAPACITAR AL PERSONAL EN CASO DE UNA EMERGENCIA	Cumple
ATENCION AL CLIENTE	BIOLOGICO	PELIGROS BIOLOGICOS VIRUS, BACTERIAS,HONGOS,PARASITOS, MORDEDURAS, CONCTACTO CON FLUIDOS CORPORALES Y SECRECIONES.	x					3	1	10	NINGUNO	DEMARCACION PARA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL ASEO Y LIMPIEZA CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	USO DE EPP GUANTES, TAPABOCAS, DOTACION Y ANTIFLUIDO	LIMPIEZA DE AREAS DE TRABAJO CON HIPOCLORITO Y ALCHOL			3			3	RIESGO IMPORTANTE	USO DE TAPABOCAS DESECHABLE DE UN SOLO USO REALIZAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD COMO LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS O CADA VEZ QUE SEA NECESARIO USO DE TAPABOCAS ADECUADAMENTE CUBRIENDO BOCA Y NARIZ NO ATENDER A NINGUN CLIENTE SIN TAPABOCAS UTILIZAR GEL ALCHOL DESINFECTANTE PARA TRABAJADORES Y PUBLICO MANTENER ASEO Y ORDEN EN LA UTI Y DESINFECCION CADA VEZ QUE SEA NECESARIO	NO Cumple
	PUBLICO	PELIGROS ROBOS, ATRACOS, ASALTOS, ATENTADOS,ORDEN PUBLICO .	x					3	1	10	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO			4		4		RIESGO IMPORTANTE	ALARMAS EN EL LUGAR DE TRABAJO NUMEROS DE LA POLICIA PARA INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA O CASO SOSPECHOSO	Cumple

Firma -> gonzalo galindo P
4913951

CC ->

tel -> 3505911403

TECNICO SALUD OCUPACIONAL
Lelio4 Gomez

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

Código:	SL-03-F09	
Versión:	2	
Fecha de Aprobación		
DD	MM	AA
17	2	22

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

EVENTO: Promocion y Prevencion Sustancias, cancerigenas
RESPONSABLE: Leidy Johanna Gomez Herrera
LUGAR: Espacio publico-Trabajador Ambulante
PROGRAMA: Soacha Ciudad Saludable
OBJETIVO(S) DE LA REUNION: Concientizar sobre el peligro que tiene por estar expuestos a sustancias Cane FECHA: 26-01-2023

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (F)	Hecho victimizante (F)	Discapacidad (F)	Condicion especial (F)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Aurora Pineta	X		18	31410 009			2	Pic	1	-	-	-	-	-	18-28	311486 3107	
2	Alfredo Ramirez		X	32	1093688 842			2	Pic	1	-	-	-	-	-	29-59	316478 5835	
3	Venito Chavez		X	34	73169 493			2	Pic	1	-	-	-	-	-	29-59	313807 7155	
4	Alverto Avila		X	55	79410 0621			2	Pic	1	-	-	-	-	-	29-59	311817 8981	
5	Eduardo Jimenez		X	24	1024 88 235			2	Pic	1	-	-	-	-	-	18-28	321928 8915	
6	Luis Rios	X		58	31588 062			2	Pic	1	-	-	-	-	-	29-59	313802 8183	
7	Alexa Alvarado	X		41	52779 586			2	Pic	1	-	-	-	-	-	29-59	322876 0062	
8	Jorena Segura	X		40	40894 753			2	Pic	1	-	-	-	-	-	29-59	302280 3977	
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518 - 1 TELEFONO: 812 4315 - 310 560 4347

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO	1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. ROM / GITANO	CONDICION ESPECIAL	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES	2.DESPLAZAMIENTO FORZADO	3.SECUESTRO	4.LESIONES	5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES	6.DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE INTEGRIDAD SEXUAL	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES	8.LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACION	1.COGNITIVA	2.VISUAL	3.AUDITIVA	4.FISICA	5.MULTIPLE	CURSO DE VIDA	1. 0-5 AÑOS	2. 6-11 AÑOS
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO	Leidy Gomez				NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR			

4.LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7.MIGRANTES	8. RETORNADO				
8.DESAPARICION FORZADA	9.ACTO TERRORISTA ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO	10.AMENAZAS						
3. 12-17 AÑOS	4. 18-28 AÑOS	5. 29-59 AÑOS	6. 60 Y MAS AÑOS					

SCAN AnyScanner

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA

EL CAMBIO AVANZA

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DE PROTOCOLOS COVID EN LA UTI

FECHA: DD MM AAAA 28 01 2023

NUMERO DE FICHA 01

Nombre del Encuestador: Leidy Johanna Gomez Herrera

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC ✓ CE TI PA CD PE SC

Número 1024500

1. IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL UTI

AMBITO TERRITORIAL		ENTIDAD TERRITORIAL	
Rural	NO	Departamento	Cundinamarca
Urbano	SI	Municipio	Soacha
Comuna	02	Nombre UTI	Vendedora Dulces
Corregimiento	NO	Dirección establecimiento	cl 6 SUR 16 A - 34
Barrio	Parque Comparte	Propietario y/o persona de contacto	Maria Sarmiento

2. DATOS GENERALES DEL LUGAR DE TRABAJO

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL — LTI Fijo ☐ LTI Movil ✓ Compartido con la vivienda ☐

3. TELEFONO — CELULAR 3208383317 VECINO

ACTIVIDAD ECONOMICA

Agricultura ☐ Ganadería ☐ Silvicultura ☐ Pesca ☐ Minería ☐ Manufactura ☐ Comercio ☐ Artesanía ☐
Servicio doméstico ☐ Transporte, almacenamiento y comunicaciones ☐ Servicios sociale y comunitarios ☐
Otra _____

CRITERIOS DE EVALUACION	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. Se realiza lavado de manos con agua y jabon despues de estar en contacto con superficies contaminadas	✓			
2. Se realiza lavado de manos con agua y jabon cundo las manos estan visiblemente sucias	✓			
3. Se realiza lavado de manos con agua y jabon antes y despues de ir al baño	✓			
4. Se realiza lavado de manos con agua y jabon antes y despues de cada comida	✓			
5. Se realiza lavado de manos con agua y jabon despues de toser o estornudar	✓			
6. Se realiza lavado de manos con agua y jabon antes y despues de quitarse el tapabocas/ antes de tocarse la cara	✓			
8. Se dispone de areas comunes y de trabajo para el lavado frecuente de manos.	✓			
9. Se dispone de los insumos para realizar el lavado de manos (agua limpia, jabon y toallas desechables	✓			
10. Se dispone y utiliza alcohol glicerinado minimo al 60%	✓			
11. Se dispone de alcohol glicerinado en lugares de acceso facil y frecuente para trabajadores y publico en general	✓			
12. Los trabajadores mantienen distancia por lo menos de 2 metros de otras personas	✓			
13. Se cuenta con los EPP	✓			
13. Se realiza uso obligatorio de tapabocas en el lugar de trabajo	✓			
14. Se realiza uso correcto de tapabocas cubriendo boca y nariz	✓			
15. Se reutiliza el tapabocas de un solo uso o desechable	✓			
16. En los lugares donde se desarrolla la actividad economica se cuenta con adecuada ventilacion	✓			
17. En los lugares donde se desarrolla la actividad economica se cuenta con ventilacion natural (puertas y ventanas abiertas)	✓			
19. Se cuenta e implementa con protocolo de limpieza y desinfeccion				Cumple con protocolo de bioseguridad.

DORIS C 32886445

IMPRESO POR IMPRESOS DEL INSTANTE HOSPITAL ABIERTO NIT 79145958-1 TELEFONO 819 4116 - 310 604 4547

SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA
DIRECCION DE SALUD PUBLICA

EL CAMBIO AVANZA

INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACION DE PROTOCOLOS COVID EN LA UTI

FECHA: DD 28 MM 01 AAAA 2023

NUMERO DE FICHA 02

Nombre del Encuestador: Leidy Johanna Gomez Herera

Tipo de documento de identificación del encuestador: CC ☑ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐ SC ☐ Número 1024508888

1. IDENTIFICACIÓN TERRITORIAL UTI

AMBITO TERRITORIAL		ENTIDAD TERRITORIAL	
Rural	NO	Departamento	Cundinamarca
Urbano	SI	Municipio	Soacha
Comuna	02	Nombre UTI	Vendedora Dulces
Corregimiento	NO	Dirección establecimiento	Cll 6 Sur 16 A - 134
Barrio	Parque Competir	Propietario y/o persona de contacto	Elsa Melo

2. DATOS GENERALES DEL LUGAR DE TRABAJO

TIPO DE LUGAR DE TRABAJO INFORMAL — LTI Fijo ☐ LTI Movil ☑ Compartido con la vivienda ☐

3. TELEFONO — CELULAR 3208172100 — VECINO

ACTIVIDAD ECONOMICA

Agricultura ☐ Ganaderia ☐ Silvicultura ☐ Pesca ☐ Minería ☐ Manufactura ☐ Comercio ☐ Artesanía ☑
Servicio doméstico ☐ Transporte, almacenamiento y comunicaciones ☐ Servicios sociale y comunitarios ☐
Otra _____

CRITERIOS DE EVALUACION	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. Se realiza lavado de manos con agua y jabon despues de estar en contacto con superficies contaminadas	✓			Cumple con protocolos de bioseguridad
2. Se realiza lavado de manos con agua y jabon cundo las manos estan visiblemente sucias	✓			
3. Se realiza lavado de manos con agua y jabon antes y despues de ir al baño	✓			
4. Se realiza lavado de manos con agua y jabon antes y despues de cada comida	✓			
5. Se realiza lavado de manos con agua y jabon despues de toser o estornudar	✓			
6. Se realiza lavado de manos con agua y jabon antes y despues de quitarse el tapabocas/ antes de tocarse la cara	✓			
8. Se dispone de areas comunes y de trabajo para el lavado frecuente de manos.	✓			
9. Se dispone de los insumos para realizar el lavado de manos (agua limpia, jabon y toallas desechables	✓			
10. Se dispone y utiliza alcohol glicerinado minimo al 60%	✓			
11. Se dispone de alcohol glicerinado en lugares de acceso facil y frecuente para trabajadores y publico en general	✓			
12. Los trabajadores mantienen distancia por lo menos de 2 metros de otras personas	✓			
13. Se cuenta con los EPP	✓			
13. Se realiza uso obligatorio de tapabocas en el lugar de trabajo	✓			
14. Se realiza uso correcto de tapabocas cubriendo boca y nariz	✓			
15. Se reutiliza el tapabocas de un solo uso o desechable	✓			
16. En los lugares donde se desarrolla la actividad economica se cuenta con adecuada ventilacion	✓			
17. En los lugares donde se desarrolla la actividad economica se cuenta con ventilacion natural (puertas y ventanas abiertas)	✓			
19. Se cuenta e implementa con protocolo de limpieza y desinfeccion	✓			

Firma →
CC → 5778200

IMPRESO POR IMPRESOS DEL INFANTES NOGUTA LTDA NIT 79144141-1 TEL 6250415 - 310 661 4349

SOACHA

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

Código:	SL-03-F09	
Versión:	2	
Fecha de Aprobación		
DD	MM	AA
17	2	22

EVENTO: Accion de información y educación para la prevención de los riesgos laboral LUGAR: Espacio publico

RESPONSABLE: Leidy Johanny Gomez Herrera PROGRAMA: Soacha Ciudad Saludable

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN: Capacitar sobre la importancia de prevención de riesgos laborales

FECHA: 30-01-2023

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD O NIT.	DIRECCION - INSTITUCION - ESTABLECIMIENTO	BARRIO	COMUNA	SERVICIO PRESTADO	TIPO DE AFILIACION 1. Subsidiado 2. Contributivo 3. Especial 4. Sin afiliacion	Clasificación Sisben	* GRUPO POBLACIONAL Grupo etnico (#)	Hecho victimizante (#)	Discapacidad (#)	Condicion especial (#)	Curso de vida	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Yajaira Flores	X		24	1012450 462			2	Pic	2	—	—	—	—	—	18-28	322319 0302	Yajaira
2	Patricia Zuarez	X		27	1023 713 835			2	Pic	1	—	—	—	—	—	18-28	322453 6862	Patricia
3	Estefani Guzman	X		30	1017 378 196			2	Pic	2	—	—	—	—	—	29-59	321318 3422	
4	Jorge Moreca		X	38	91526 959			2	Pic	2	—	—	—	—	—	29-59	316788 9476	
5	Angieli Machado	X		27	5226 660		M	2	Pic	1	—	—	—	—	—	18-28	3046092 386	Angeli
6	Yesica Aguilar	X		28	236214 34	Cundinamarca	00	2	Pic	4	—	—	—	—	—	18-28	30125 6650	
7	Lyda Granada	X		32	1023979 870			2	Pic	1	—	—	—	—	—	29-59	316741 6424	LYDA
8	Marinela Chavarro	X		38	40733 436			2	Pic	1	—	—	—	—	—	29-59	315321 2870	Marinela
9	Yeferson Forero		X	17	1031 805 841		6	2	Pic	1	—	—	—	—	—	12-17	304712 0063	
10	Yuly Torres	X		24	1019 444 593			2	Pic	1	—	—	—	—	—	18-28	311711 89419	Yuly Torres
11	Ana Artiga	X		31	20967 407			2	Pic	4	—	—	—	—	—	18-28	321460 2458	Ana Artiga
12	Leidy Galeano	X		33	1024488 559			2	Pic	2	—	—	—	—	—	29-59	322916 5533	Leidy Galeano
13	Nicolas Cajamarca		X	32	100033 241 21			2	Pic	2	—	—	—	—	—	29-59	312563 0658	
14	Andrea Romero	X		39	85709 875			2	Pic	2	—	—	—	—	—	29-59	320573 7317	
15	Maria Kelly	X		23	1073715 559			2	Pic	1	—	—	—	—	—	18-28	322 780 4005	
16	Claudia Ruiz	X		44	20879 500			2	Pic	1	—	—	—	—	—	29-59	320933 0916	
17	Julio Fernado Olaya		X	27	102894 287			2	Pic	1	—	—	—	—	—	29-59	314 484 2504	
18	Nancy Romero	X		38	53099 170			2	Pic	2	—	—	—	—	—	29-59	305730 68092	
19	Saja Lopez	X		13	102414 1010			2	Pic	2	—	—	—	—	—	12-17	305736 6892	Sara
20	Adita Alfaro	X		40	9955 28			2	Pic	2	—	—	—	—	—	29-59	311413 5528	

* GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ETNICO				CONDICION ESPECIAL									
1. INDIGENA	2. NEGRO/ AFRODESCENDIENTE	3. RAIZAL / PALENQUERO	4. ROM / GITANO	1. MUJER CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4.LGTBIQ+	5.HABITANTE DE CALLE	6. REINSERTADO	7.MIGRANTES	8. RETORNADO		
				5.TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y	6.DELITOS CONTRA LA	7.RECLUTAMIENTO FORZADO DE	8.LESIONES QUE NO CAUSAN	9.DESAPARICION FORZADA	10.ACTO TERRORISTA, ENFRENTAMIENTO, HOSTIGAMIENTO		11.AMENAZAS		

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELEFONO: 812 4315 - 310 560 4347