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

11. OBLIGACIÓN: #13. Realizar caracterización del entorno laboral, a través del instrumento de caracterización sociodemográfica y de condiciones de salud y trabajo a cincuenta (50) trabajadores de la economía informal de la zona rural del municipio. **Producto:** Visitas a Fincas **Frecuencia:** De acuerdo al plan de trabajo concertado con el supervisor asignado y la coordinación del programa de entornos saludables **Evidencias:** Instrumentos de caracterización debidamente diligenciados, registro fotográfico, Cargue al Sistema de Información GOTI.

SOPORTES ENTREGADOS

SOPORTE	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIÓN
Actas de visita ATT, IVC				
Acta de reunión				
Registro Fotográfico				
Registros o listados de Asistencia				
Formatos de evaluación de capacitaciones				
Tabulación de evaluación				
Otro: cuál? _____	X			Instrumento para la caracterización de la población trabajadora informal.
Otro: cuál? _____				
Otro: cuál? _____				

CONTRATISTA RESPONSABLE: Hubert A. Calle A
Nombre completo
Firma

730

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

Versión: 1 | Vigencia: 02-2022

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

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 2023 --- M M: 09 --- D D: 13

2 Hora de inicio (HH:MM): H H: 01 : M M: 00

3 Hora de finalización (HH:MM): H H: 01 : M M: 30

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

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

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Lopez

7 (5) Segundo apellido: Grajales

8 (6) Primer nombre: Ruben

9 (7) Segundo nombre: Dario

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

11 (3) Número de documento: 9993800

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): Y Y Y Y: 1972 --- M M: 10 --- D D: 14

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

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apia

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vda San Agustin

18 (12) Dirección residencia: Finca Nueva Mina - Vda San Agustin

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

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número) Si [X] No [ ] Número 3215551906

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apia

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

24) Nombre del Barrio / Vereda donde realiza el oficio: Vda San Agustin

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Vda San Agustin

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

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

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

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

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

Con nadie	X	Con otros	
Con el cónyugue		No Registra	

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 3

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

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

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

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

Desplazado		Desmovilizado		Ninguno	X	NoRegistra	

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

Violencia sociopolitica		Cambio climatico		NoRegistra	
Desastre natural		Otro			

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

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

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

Ambulante		Semiestacionaria	X	Estacionaria		NoRegistra	

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

Propia		Familiar	
Arrendada		Usufructo u ocupación de hecho	X

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

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

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

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

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

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

Diurna	X	Nocturna		Mixta		NoRegistra	

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 04

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

Dias	0	1	X	3	4	5	6	7

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

No Sabe		SI	X	NO	

47 (43) A qué régimen pertenece?

Contributivo		Subsidiado	X	Excepción		Especial	

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

Adicional [ ] Beneficiario [X] Cotizante [ ]

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

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

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

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

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

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg 69

53 (49) ¿Cuál es su estatura ? **(Los valores mayor a 80 y menor a 220 centímetros.)** cm 171

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

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

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

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

58 ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? Meses 200

59 ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? Cantidad 3

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

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

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

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

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

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

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

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

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

CONDICION DE SALUD

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

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

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

SI [X] NO [ ]

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

SI [X] NO [ ]

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

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

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

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

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

SI [ ] NO [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

falso movimiento

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

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

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

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

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

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

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

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

Hospital ☐ Puesto de salud ☐ Farmacia ☐ Consultorio particular ☐

Curandero ☐ Usted mismo o familiar ☐ Ninguno ☐

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

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

Grupo organizado de trabajadores informales ☐ Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

El trabajador o la familia ☐ Otro ☐ NoRegistro ☐

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

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad?

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

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Muy Seguro ☐ Seguro ☒ Poco Seguro ☐ Muy Inseguro ☐ No Registra ☐

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

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

Ruido ☐ Iluminacion ☐ Vibracion ☐ Temperaturas extremas ☐

Radiaciones no ionizantes ☒ Presion atmosferica ☐ Radiaciones ionizantes ☐

Ninguno ☐ NoRegistra ☐

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

Gestion organizacional ☐ Caracteristicas de la organizacion del trabajo ☐ Caracteristicas del grupo social de trabajo ☐

Condiciones de la tarea ☐ Interfase persona - tarea ☐ Jornada de trabajo ☐

NoRegistra ☐ Ninguno ☒

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

Virus ☐ Bacterias ☐ Hongos ☐ Ricketsias ☐

Parásitos ☐ Picaduras ☒ Mordeduras ☐

Fluidos o excrementos ☐ Ninguno ☐ NoRegistra ☐

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

Mecanico ☐ Electrico ☐ Locativo ☐ Tecnologico ☐

Accidentes de transito ☐ Trabajo en alturas ☐ Espacios confinados ☐ Publicos ☐

NoRegistra ☐ Ninguno ☒

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

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

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

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

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

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [X] Ningunos [ ] No Registro [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Contra productos quimicos liquidos
- Propiedades electroestaticas
- Soldeo y tecnicas conexas.
- Alta visibilidad
- Contra el frio
- Contra calor y llamas
- Delantal plastico
- Ninguno
- NoRegistra
- Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de maquinas en movimiento

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

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

93 (103) Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación SI [ ] NO [X]

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

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

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

97 (107) En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse?	SI	X	NO	
98 ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina)	SI		NO	X
99 (108) En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable?	SI	X	NO	
100 (109) En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos?	SI		NO	X
101 En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?	SI	X	NO	

Nombre del Encuestado: [signature]

CC: 9993800

Firma del Encuestador: [signature]

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

N (n) ⟶ Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento

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

Versión: 1 | Vigencia: 02-2022

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

1 (24) Fecha de aplicación de la encuesta (YYYY-MM-DD): 2023-09-12

2 Hora de inicio (HH:MM): 01:00

3 Hora de finalización (HH:MM): 01:30

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

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

INFORMACIÓN EL TRABAJADOR

6 (4) Primer apellido: Naranjo

7 (5) Segundo apellido: Galeano

8 (6) Primer nombre: Elias

9 (7) Segundo nombre:

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

11 (3) Número de documento: 18531883

12 (8) Fecha de nacimiento (YYYY-MM-DD): 1974-02-22

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

LOCALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

14 Departamento de residencia: Risaralda

15 (10) Municipio de residencia: Apía

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

17 Nombre del Barrio / Vereda: Vda La Floresta

18 (12) Dirección residencia: Finca El Indú - Vda La Floresta

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

20 (35) Tiene celular (si responde Si, escribir el número): Si [X] No [ ] Número 3116392679

21 Departamento donde realiza su oficio u ocupación: Risaralda

22 Municipio donde realiza su oficio u ocupación: Apía

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

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

25 (30) Dirección en donde lleva a cabo su oficio u ocupación: Finca Vda La Floresta

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

28 (14) ¿Cuál es su nivel de escolaridad? Primaria incompleta [ ] Técnico [ ] Ninguno [ ]

Primaria completa [ ] Tecnológo [ ] No Registra [ ]
Secundaria incompleta [ ] Universitario incompleta [ ]
Secundaria completa [X] Universitario completa [ ]

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

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

Con nadie [X] Con otros [ ]
Con el cónyugue [ ] No Registra [ ]

31 (17) ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? **(si no tiene poner 0):** 3

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

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

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

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

Desplazado [ ] Desmovilizado [ ] Ninguno [X] NoRegistra [ ]

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

Violencia sociopolitica [ ] Cambio climatico [ ] NoRegistra [ ]
Desastre natural [ ] Otro [ ]

DATOS SOCIO ECONOMICOS

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

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

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

Ambulante [ ] Semiestacionaria [X] Estacionaria [ ] NoRegistra [ ]

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

Propia [ ] Familiar [ ]
Arrendada [ ] Usufructo u ocupación de hecho [X]

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

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

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

41 (37) ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? Años 10
(Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)

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

Diurna [X] Nocturna [ ] Mixta [ ] NoRegistra [ ]

43 (39) ¿Cuántas horas trabaja al día?**(de 0 a 24 horas) (Si es menor a 1 hora, escriba 0)** Horas 04

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

0	1	2	3	4	5	6	7
		X					

45 (41) ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?

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

SEGURIDAD SOCIAL

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

No Sabe [ ] SI [X] NO [ ]

47 (43) A qué régimen pertenece?

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

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

Adicional [ ] Beneficiario [ ] Cotizante [ ]

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

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

No Sabe [ ] SI [ ] NO [X]

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

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

ESTILO Y CONDICION DE VIDA

52 (48) ¿Cuál es su peso ? **(Valor mayor a 0, sin decimales)** Kg [ ][7][2]

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

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

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

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

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

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

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

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

61 (55) ¿Con qué frecuencia lo hace?

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

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

63 (57) ¿Cuál sustancia psicoactiva consume?

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

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

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

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

CONDICION DE SALUD

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

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

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

SI [X] NO [ ]

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

SI [X] NO [ ]

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

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

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

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

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

SI [ ] NO [X]

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

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

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

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

Fractura	[ ]	Quemadura	[ ]
Luxacion	[ ]	Envenenamiento o intoxicacion aguda o alergia	[ ]

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

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

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

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

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

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

Manos ☐
Miembros inferiores ☐
Pies ☐
Ubicaciones multiples ☐
Lesiones generales u otras ☐
NoRegistra ☐

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

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

Maquinas y/o equipos ☐
Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios ☐
Ambiente de trabajo incluye superficies de transito y trabajo, muebles ☐

Medios de transporte ☐
Materiales o sustancias incluye las radiaciones ☐
Otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales ☐

NoRegistra ☐
Agentes no clasificados ☐

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

Caidas de personas ☐
Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento ☐
Exposicion o contacto con temperatura extrema ☐

Caidas de objetos ☐
Pisadas, choques o golpes ☐
Exposicion o contacto con la electricidad ☐

Atrapamiento ☐
NoRegistra ☐

Exposicion o contacto con sustancias novivas o radiaciones o salpicaduras ☐

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

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

Desconocimiento ☐ Falta de tiempo ☐ Poca importancia ☐ NoRegistra ☐

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

Familia ☐ Conocido ☐ Drogueria ☐ Hospital ☐ NoRestra ☐

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

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

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

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

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

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

84 (81) ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

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

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

Sensorial ☐ Motriz ☐ Mental ☐ NoRegistro ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

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

Muy Seguro [ ] Seguro [X] Poco Seguro [ ] Muy Inseguro [ ] No Registra [ ]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sismo [ ] Terremoto [ ] Vendaval [ ] Inundacion [ ]
Derrumbe [ ] Precipitaciones [X] Ningunos [ ] No Registro [ ]

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

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

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

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

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

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

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

Orejeras [ ] Protectores auriculares [ ] Ninguno [ ]
Tapones para los oidos de uso multiple o desechable [ ] Cascos antiruido [ ] NoRegistra [ ]

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

Tapabocas [ ] Mascaras para gases [ ] Ninguno [ ]

Mascarillas autofiltrantes ☐ Mascaras para vapores ☐ NoRegistra ☐

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

Guantes de latex ☐ Guantes de Nitrilo ☐ Ninguno ☐

Guantes de Neopreno ☐ Guantes de Malla ☐ NoRegistro ☐

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

Calzado de seguridad ☐ Calzado de trabajo ☐ Ninguno ☐

Calzado dielectrico ☐ Calzado antiestatico ☐ NoRegistra ☐

Botas de caucho ☐

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

Eslinga ☐ Cinturon de seguridad ☐ Ninguno ☐

Linea de vida ☐ Casco con barbuquejo ☐ NoRegistro ☐

Mosquetones ☐ Arnes ☐

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

Contra productos quimicos liquidos ☐ Alta visibilidad ☐ Ninguno ☐

Contra el frio ☐ NoRegistra ☐

Propiedades electroestaticas ☐ Contra calor y llamas ☐

Soldeo y tecnicas conexas. ☐ Delantal plastico ☐

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

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

Nombre del Encuestado: Elias Navarro Galeano

CC: 85318183

Firma del Encuestador: Nubia F. Calle A

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

N (n) → Número en el anexo tecnico

↑

Número consecutivo del instrumento