**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL - CESAR**
**SECRETARIA LOCAL DE SALUD**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**INFORME CUANTITATIVO**

| EJE ESTRATEGICO | TERRITORIO | MICROTERRITORIO | ENTORNO | ACTIVIDAD | META DEL CONTRATO | No. ACTIVIDADES EJECUTADAS | META ACUMULADA CONTRATO | %CUMPLIMIENTO | NUMERO DE PERSONAS BENEFICIADAS INFORME | NUMERO DE PERSONAS BENEFICIADAS ACUMULADA | FECHA ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD | BECERRIL | N/A | COMUNITARIO | Realizar cien (100) encuestas dirigidas a la población trabajadora informal para su caracterización en las que se identifiquen factores de riesgo físicos, químicos y biológicos, para el abordaje integral de los determinantes sanitarios y ambientales de la salud. | 100 | 2 | 100 | 75% | 25 | 75 | 15,16,17,18,21 /10/2024 |

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROPUESTO

TRIMESTRE

| Responsable | eje estrategico | microterritorio | Entorno | Cantidad Programada Mes | FECHA DE ELABORACIÓN | MES | OCTUBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | SEMANA | SEMANA 1 | | | | | SEMANA 2 | | | | | SEMANA 3 | | | | | SEMANA 4 | | | | | SEMANA 5 | | | | |
| | | | | | ACTIVIDADES | DÍA | L | M2 | M3 | J4 | V5 | L7 | M8 | M9 | J10 | V11 | M15 | M16 | J17 | V18 | S19 | L21 | M22 | M23 | J24 | V25 | L28 | M29 | M30 | J31 | V |
| LAURA ARANGO | Determinantes sociales de la salud | N/A | COMUNITARIO | 1 | Realizar cien (100) encuestas dirigidas a la población trabajadora informal para su caracterización en las que se identifiquen factores de riesgo físicos, químicos y biológicos, para el abordaje integral de los determinantes sanitarios y ambientales de la salud. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAURA ARANGO | Determinantes sociales de la salud | N/A | COMUNITARIO | 1 | Desarrollar tres (3) talleres de sensibilización y asesoría sobre el uso de EPP (elementos de protección personal), dirigido a trabajadores informales de las IOTIS conformadas en el municipio. En estos talleres se entregaran folletos alusivos a la temática abordada. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAURA ARANGO | Determinantes sociales de la salud | N/A | COMUNITARIO | 1 | Realizar cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen mototaxis, vendedores estacionarios y ambulantes, talleres mecánicos, soldadura, construcción, enfocadas en la identificación y prevención de incidentes, accidentes y riesgos laborales que promuevan entornos de trabajo saludables y el uso de elementos de protección personal. entrega de folletos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAURA ARANGO | Determinantes sociales de la salud | N/A | COMUNITARIO | 1 | Realizar dos (2) talleres sobre identificación de riesgos y prevención de accidentes en el entorno laboral, dirigido a la población trabajadora informal en general del municipio de Becerril. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERIL-CESAR
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL SAN JOSE

## REGISTRO DE POBLACIÓN INTERVENIDA

| DIMENSIÓN | ACTIVIDAD | AREA | | LUGAR | ENTORNO | | | | TOTAL de personas intervenidas | SEXO | | CICLO DE VIDA | | | | | | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | aseguramiento | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | URBANA | RURAL | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | Masculino | Femenino | PRIMERA INFANCIA | INFANCIA | ADOLESCENCIA | JUVENTUD | ADULTEZ | ADULTO MAYOR | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. |
| | | | | | | | | | | | | 0-5 años | 6-11 años | 12-18 años | 19-26 años | 27-59 años | > 60 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD | Realizar cien (100) encuestas dirigidas a la poblacion trabajadora informal para su caracterizacion en las que se identifiquen factores de riesgo fisico, quimico,y bologico, para el abordaje integral de los determinantes sanitarios y ambientales de la salud | X | | diferentes barrios de la cabecera municipal | | | | X | 25 | 4 | 21 | 0 | 0 | 0 | 5 | 17 | 3 | 4 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

**HOSPITAL SAN JOSE**

**META DEL PRODUCTO**

Al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

**ACTIVIDAD:**

Realizar cien (100) encuestas dirigidas a la población trabajadora informal para su caracterización en las que se identifiquen factores de riesgo químico, y biológico, para el abordaje integral de los determinantes sanitarios y ambientales de la salud.

| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024** | |
| | **ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

**Becerril - Cesar, octubre 10 de 2024**

04.10.2024
2:09 pm

Doctora:
**SILVIA PIZARRO BARRETO**
Secretaria de Salud Municipal
Becerril – Cesar

**Asunto:** Realización de encuestas de caracterización dirigidas a la población informal

**Cordial saludo,**

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), nos permitimos informarle sobre la ejecución de una actividad importante para la comunidad del municipio de Becerril, la cual está contemplada en dicho plan.

La actividad consiste en realizar cien (100) encuestas dirigidas a la población trabajadora informal para su caracterización en la que se identifique factores de riesgos físicos, químicos y biológicos para el abordaje de los determinantes sanitarios y ambientales de la salud en los diferentes barrios de la cabecera municipal
Como parte de esta intervención, se realizará un encuentro final con la población involucrada.
**Fecha:** 15, 16, 17, 18 y 21 de octubre de 2024
**Hora:** a partir de las 8:00 am
**Lugar:** Barrios de la cabecera municipal

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo para el exitoso desarrollo de la actividad.

**Atentamente,**

**LAURA ARANGO LOZADA**
Tec. Salud Ocupacional
ESE Hospital San José de Becerril - Cesar

**Becerril - Cesar, octubre 10 de 2024**

04-10-2024
2:09 pm

Doctora:
**ARELIS ALVAREZ**
Referente de Salud y Ámbito Laboral
Becerril – Cesar

**Asunto:** Realización de encuestas de caracterización dirigidas a la población informal

**Cordial saludo,**

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), nos permitimos informarle sobre la ejecución de una actividad importante para la comunidad del municipio de Becerril, la cual está contemplada en dicho plan.

La actividad consiste en realizar cien (100) encuestas dirigidas a la población trabajadora informal para su caracterización en la que se identifique factores de riesgos físicos, químicos y biológicos para el abordaje de los determinantes sanitarios y ambientales de la salud en los diferentes barrios de la cabecera municipal
Como parte de esta intervención, se realizará un encuentro final con la población involucrada.
**Fecha:** 15, 16, 17, 18 y 21 de octubre de 2024
**Hora:** a partir de las 8:00 am
**Lugar:** Barrios de la cabecera municipal

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo para el exitoso desarrollo de la actividad.

**Atentamente,**

**LAURA ARANGO LOZADA**
Tec. Salud Ocupacional
ESE Hospital San José de Becerril - Cesar

| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

**HOSPITAL SAN JOSE**

**ACTA DE ACTIVIDADES**

| | |
|---|---|
| **DIMENSIÓN:** | Determinantes sociales de la Salud |
| **PERIODO REPORTADO:** | 28 de Septiembre al 27 de Octubre del 2024 |
| **META PRODUCTO ANUAL:** | Al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio. |
| **ACTIVIDAD:** | Realizar cien (100) encuestas dirigidas a la población trabajadora informal para su caracterización en las que se identifiquen factores de riesgo, químico y biológico, para el abordaje integral de los determinantes sanitarios y ambientales de la salud. |
| **MICRO TERRITORIO:** | No aplica |
| **ENTORNO:** | Comunitario |
| **AREA:** | Urbana |
| **CURSO DE VIDA:** | Joven (18-26 años)<br>Adultez (27- 59 años)<br>Vejez (>60 años) |
| **LUGAR DE EJECUCION DE LA ACTIVIDAD:** | Barrios de la cabecera municipal |
| **FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD:** | 15, 16, 17, 18 y 19 de octubre del 2024<br>Hora: A partir de las 08:00 AM |
| **RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD** | Laura Carolina Arango Lozada |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

- **PLANEACIÓN:** Para la implementación de esta estrategia el día jueves 10 de octubre de 2024 se emitieron oficios a la secretaria de salud Municipal, Doctora Silvia Rosa Pizarro y a la Doctora. Arelis Alvarez Angarita, referente a Salud y Ambito Laboral para dar a conocer la actividad y los dias en los cuales se estaria realizando la caracterizacion que se llevara a cabo en distintos barrios del municipio para la caracterizacion de la poblacion con actividad informal en el municipio de Becerril - Cesar.
- **INTRODUCCION DE LA ACTIVIDAD:** Asesorar a los trabajadores y propietarios de los establecimientos comerciales y personas con trabajos informales del Municipio de Becerril promoviendo conocimiento y resolviendo todas las dudas generadas en cuanto a afiliaciones del Sistema General de Seguridad a Social en especial al Sistema General de Riesgos Laborales. Además, propiciar en los trabajadores la identificación de peligros y riesgos de acuerdo a su área de trabajo para la prevención de accidentes laborales y promoción de la salud de los mismos.

- **DESCRIPCION O DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

El día martes quince (15) de octubre siendo las 8:00 am se dio inicio a las visitas en los diferentes barrios ubicados en la cabecera municipal durante los días 15, 16, 17, 18 y 19 del presente mes donde se brindó asesoría por medio de encuestas a los diferentes personas con trabajo informal dentro de las cuales se tomaron 50 caracterizaciones y también se aprovechó para darles charlas acerca de la importancia de estar afiliado a las ARL

¿Qué es el Sistema General de Riesgos Laborales?
"El Sistema General de Riesgos Laborales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que pueden ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollo". Además, se explicó sobre la seguridad social integral, ya que muchos preguntaron si se podia cotizar solo a la ARL; explicando: El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia fue instituido por la ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde a la dignidad Humana. Hace parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social. De acuerdo a la Ley 100 de 1993, El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia se compone de los sistemas de pensiones, de salud y de riesgos laborales y de los servicios sociales.
1. Sistema General de Pensiones. El Sistema de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones determinadas en la ley 100 de 1993. También

propende por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones. Está compuesto por dos regímenes solidarios excluyentes pero coexistentes. El primero es el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida que es de carácter público y es administrado por Colpensiones. El segundo es el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, que de carácter privado y es operado por las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías.

2. Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a toda población, en todos los niveles de atención. Es operado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ya la prestación del servicio del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

3. Sistema General de Riesgo Laborales. El Sistema General de Riesgos laborales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. Su financiación proviene de la cotización obligatoria, determinada por el nivel de ingreso y la clasificación del riesgo. Las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARL) son las entidades responsables de la afiliación, el registro y el recaudo de sus cotizaciones.

Por otra parte, el empleador está obligado a afiliar a sus trabajadores desde el momento en que nace

el vínculo laboral entre ellos, para los trabajadores independientes la duración estará indicada del contrato (civil, comercial o administrativo). Además, los empleadores que tengan a su cargo uno o más trabajadores deben estar afiliados al sistema general de riesgos profesionales.

Beneficios:

En relación con las prestaciones asistenciales, todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad laboral tendrá derecho, según sea el caso, a las siguientes prestaciones asistenciales.

Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.

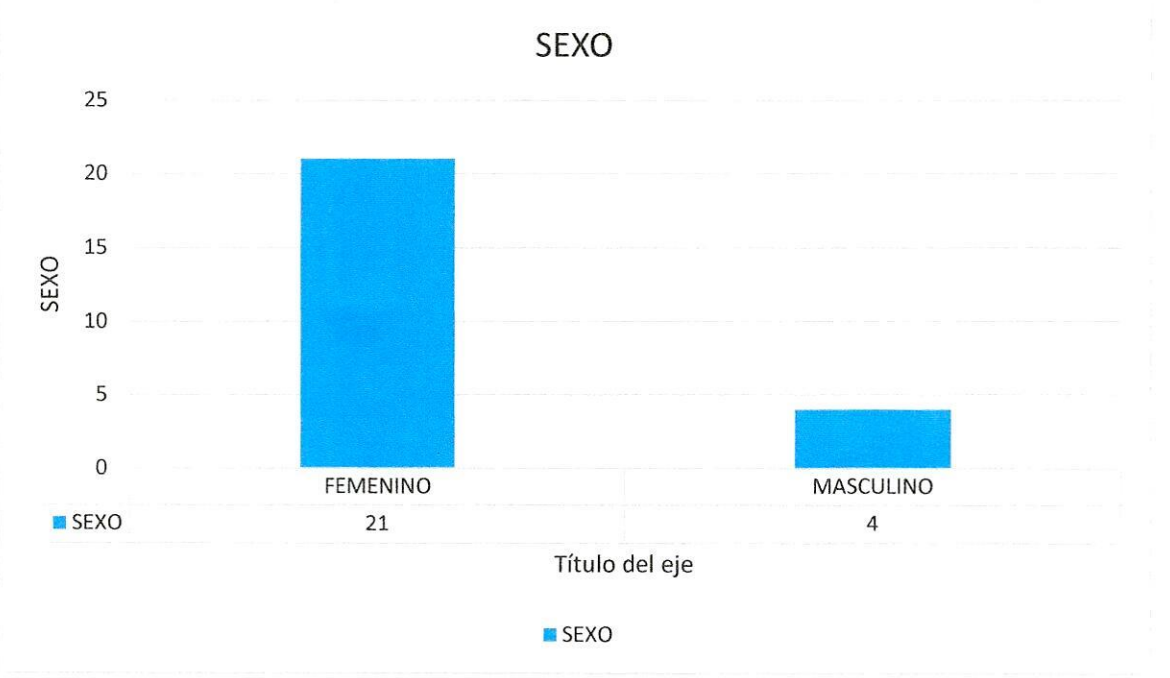
- Servicios de hospitalización
- Servicios odontológicos
- Suministro de medicamentos
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Prótesis y órtesis, su reparación y reposición solo en casos de deterioro o desadaptación cuando a criterio de rehabilitación se recomienda Rehabilitación física y laboral.
- Pensión de invalidez
- Pensión de sobrevivientes
- Auxilio funerario

Cuando se trate de accidentes de trabajo, la Administradora de Riesgos Laborales en la cual hubiese ocurrido el accidente deberá responder integralmente por las prestaciones derivadas de este evento,tanto en el momento inicial como frente a sus secuelas, independientemente que el trabajador se encuentre o no afliado a esta ARL despues del hecho.

| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

**HOSPITAL SAN JOSE**

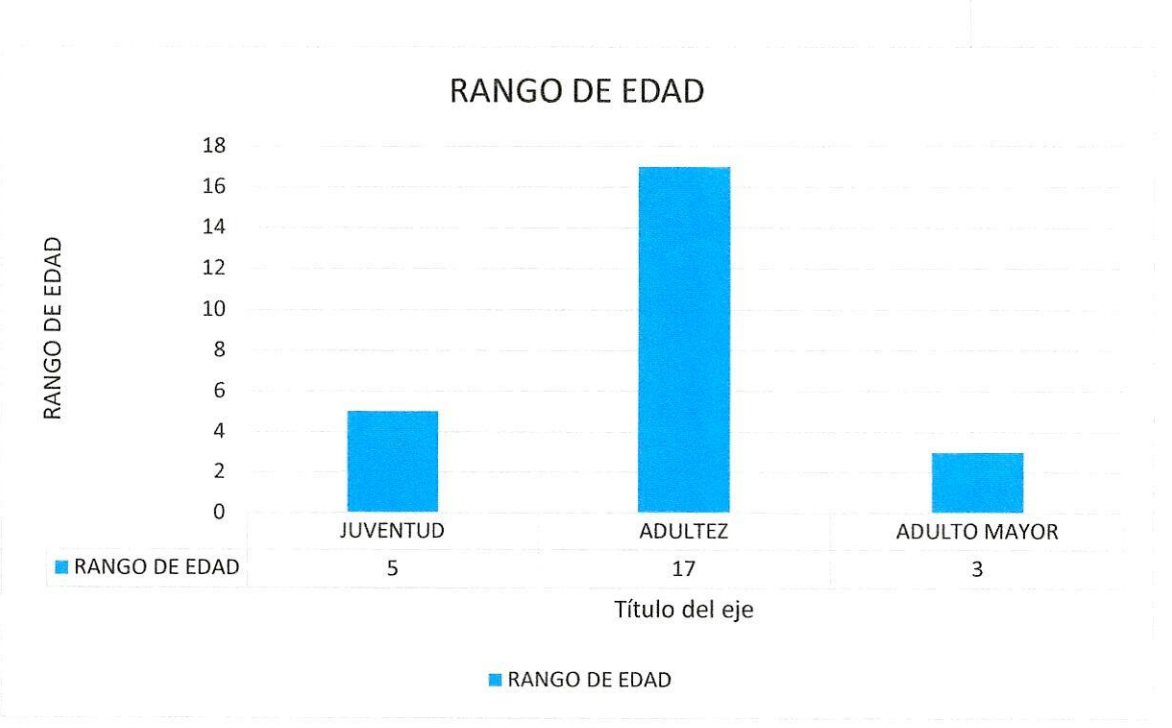
## GRAFICA 1



| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

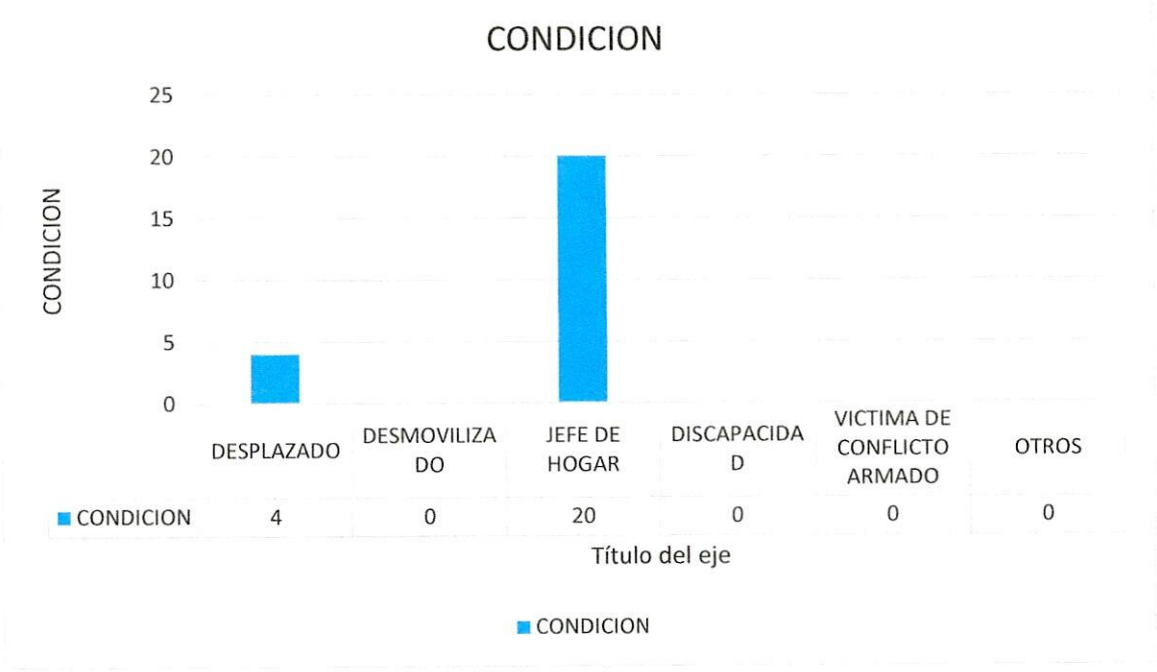
**HOSPITAL SAN JOSE**

## GRAFICA 2



**HOSPITAL SAN JOSE**

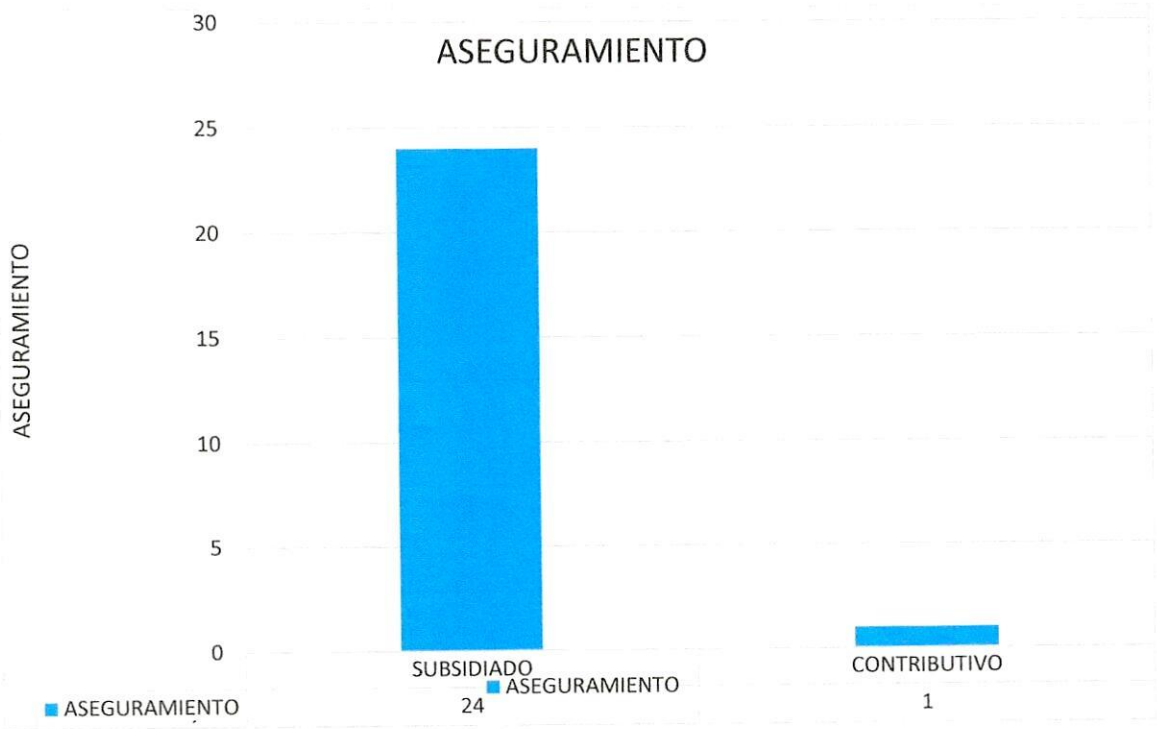
## GRAFICA 3



| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024** | |
| | **ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

**HOSPITAL SAN JOSE**

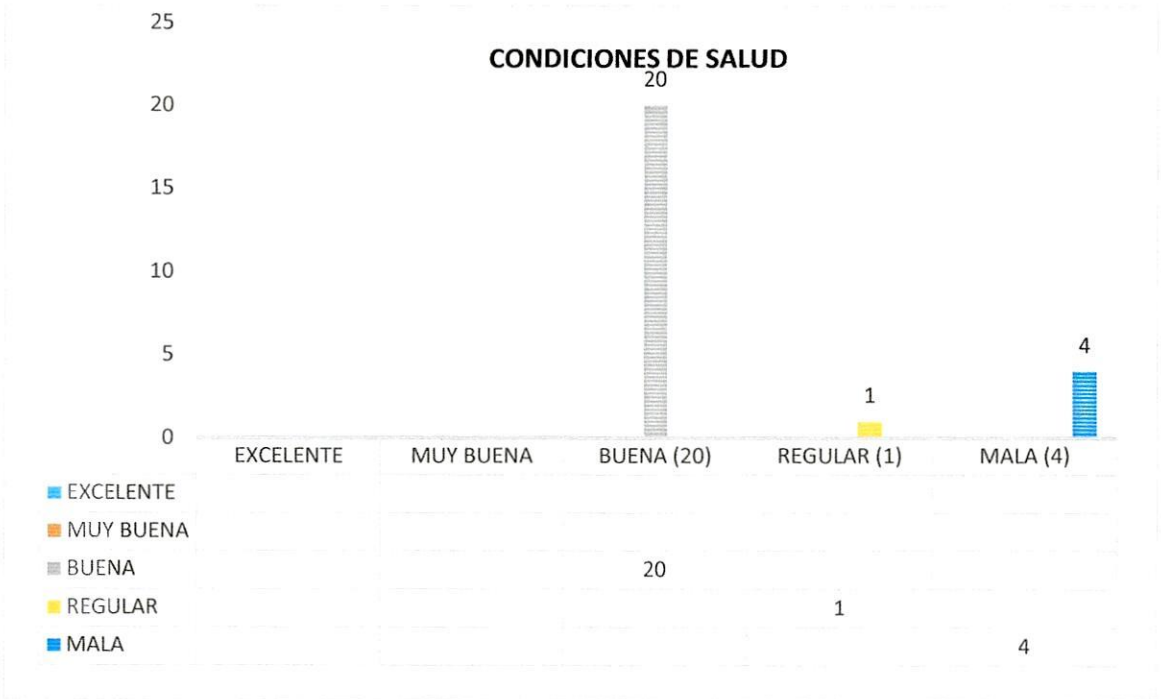
## GRAFICA 4

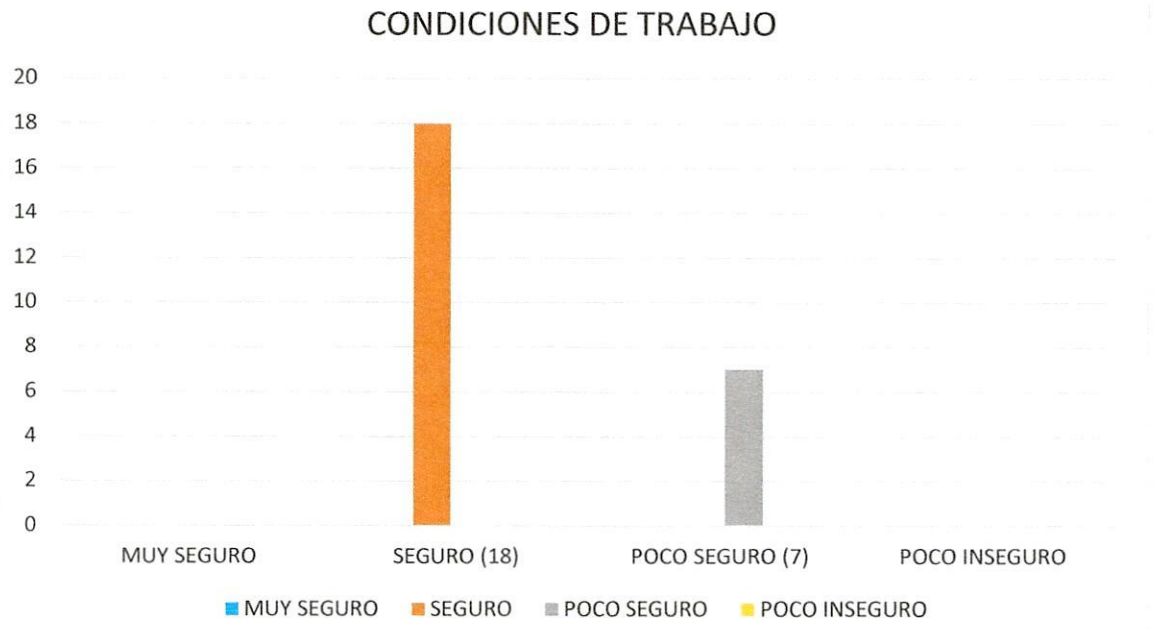


| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

**HOSPITAL SAN JOSE**

**GRAFICOS DE POBLACION CARACTERIZADA, 25 PERSONAS INTERVENIDAS**

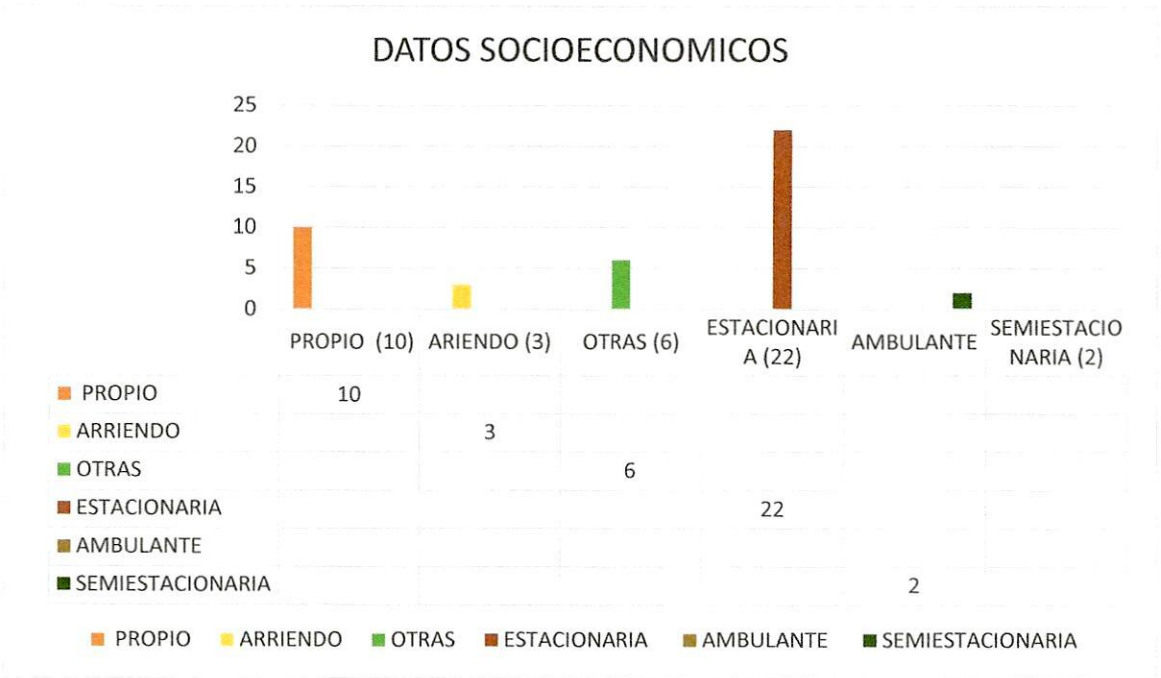


| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

**HOSPITAL SAN JOSE**

**GRAFICOS DE POBLACION CARACTERIZADA 25 PERSONAS INTERVENIDAS**



| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

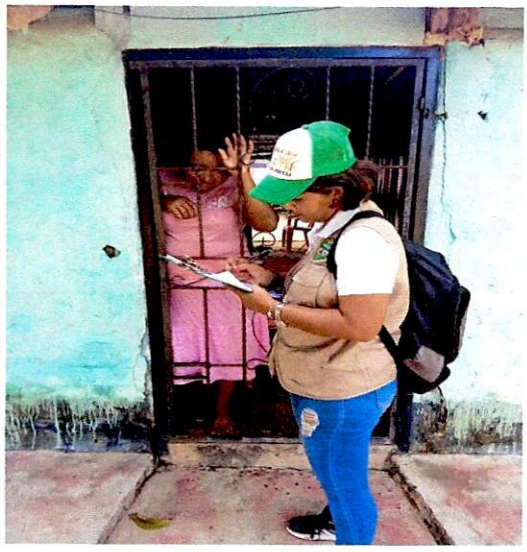
**HOSPITAL SAN JOSE**

**EVIDENCIAS**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** realizar cien (100) encuestas dirigidas a la población trabajadora informal para su caracterización en las que se identifiquen factores de riesgo, químico y biológico, para el abordaje integral de los determinantes de la salud.









LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
16/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
08:35:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
36518287

**11. Fecha de nacimiento**
23/11/1973 0:00:00

**12. Primer apellido**
SANCHEZ

**13. Segundo apellido**
CALDERON

**14. Primer nombre**
MARIA

**15.Segundo nombre**
DEL CARMEN

**16. Dirección residencia**
CRA 8 N° 5 - 17 BARRIO LA CANDELARIA

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
FEMENINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
CASADO

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
FEMENINO

**19.1. ¿Cuál?**
BACHILLER

**20. Años de escolaridad aprobados:**
11

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
NO

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON EL CONYUGUE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
5

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
0

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NINGUNO

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
ESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
NO REGISTRA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
PROPIA

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
CAR 8 N° 5 -17

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energia**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
NO

**36. El encuestado cuenta con celular**
SI

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
SI

**38. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)**
4

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
8

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
7

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
DESASTRE NATURAL

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
NO

**43. A qué régimen pertenece?**
CONTRIBUTIVO

**44. En su régimen de salud, usted es**
BENEFICIARIO

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1006

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO SABE

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
65

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
160

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
NO

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
0

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
0

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
SI

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
DIARIO

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
BUENA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**
NO

**75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**
0

**78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**
NO REGISTRA

**79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**
NO

**80. Enfermedad diagnosticada**
0

**81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**
NO

**82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**
NO REGISTRA

**CONDICIONES DE TRABAJO**

**83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**
SEGURO

**84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NO REGISTRA

**85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
JORNADA DE TRABAJO

**86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PUBLICOS

**88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
POSTURA

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NO REGISTRA

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PRECIPITACIONES

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NO REGISTRA

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
SI

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
08:45:00

**Cedula Encuestador**
36518287

**Nombre Encuestador**
MARIA DEL CARMEN SANCHEZ

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
16/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
09:20:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
49744387

**11. Fecha de nacimiento**
01/05/1968 0:00:00

**12. Primer apellido**
SANCHEZ

**13. Segundo apellido**
CALDERON

**14. Primer nombre**
MARIA

**15.Segundo nombre**
NORBERTA

**16. Dirección residencia**
CRA 4A N° 5 - 25

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
FEMENINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNION LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
SECUNDARIA COMPLETA

**19.1. ¿Cuál?**
BACHILLER

**20. Años de escolaridad aprobados:**
11

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
SI

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON EL CONYUGUE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
10

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
0

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NO REGISTRA

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
ESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
NO REGISTRA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
FAMILIAR

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
CAR 8 N° 5 -17

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
NO

**36. El encuestado cuenta con celular**
SI

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
NO

**38. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)**
4

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
8

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
7

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
NO

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
COTIZANTE

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1033

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
70

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
163

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
NO

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
0

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
0

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
NO

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
SEMANAL

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
BUENA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**
NO

**75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**
0

**78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**
NO REGISTRA

**79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**
NO

**80. Enfermedad diagnosticada**
0

**81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**
NO

**82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**
NO REGISTRA

## CONDICIONES DE TRABAJO

**83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**
SEGURO

**84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
JORNADA DE TRABAJO

**86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
VIRUS

**87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PUBLICOS

**88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
ESFUERZO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PRECIPITACIONES

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NINGUNO

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
TAPABOCAS

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
DELANTAL PLASTICO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
SI

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
09:50:00

**Cedula Encuestador**
49744387

**Nombre Encuestador**
MARIA NORBERTA SANCHEZ CALDERON

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
16/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
10:20:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
93083904

**11. Fecha de nacimiento**
02/01/1967 0:00:00

**12. Primer apellido**
OSPINA

**13. Segundo apellido**
QUINTERO

**14. Primer nombre**
LUIS

**15.Segundo nombre**
FERNANDO

**16. Dirección residencia**
CALLE 10 N° 10 - 32

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
MASCULINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNION LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
SECUNDARIA INCOMPLETA

**19.1. ¿Cuál?**
NINGUNA

**20. Años de escolaridad aprobados:**
0

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
SI

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON NADIE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
2

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
1

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
DESPLAZADO

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
SEMIESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
NO REGISTRA

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
O

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
NO

**36. El encuestado cuenta con celular**
SI

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
SI

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

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
6

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
6

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
SI

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
COTIZANTE

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1108

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
80

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
169

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
NO

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
0

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
0

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
NO

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
QUINCENAL

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
BUENA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

| | |
|---|---|
| **67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**<br>NO | **68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**<br>NO |
| **69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**<br>NO | **70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA |
| **71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA | **72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA |
| **73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA | **74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**<br>NO |
| **75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA | **76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA |
| **77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**<br>0 | **78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**<br>NO REGISTRA |
| **79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**<br>NO | **80. Enfermedad diagnosticada**<br>0 |
| **81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**<br>NO | **82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**<br>NO REGISTRA |
| **CONDICIONES DE TRABAJO** | |
| **83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**<br>POCO SEGURO | **84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>TEMPERATURAS EXTREMAS |
| **85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>JORNADA DE TRABAJO | **86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>BACTERIAS |
| **87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>PUBLICOS | **88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS |

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
LIQUIDOS

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PRECIPITACIONES

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NINGUNO

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
NO

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
11:00:00

**Cedula Encuestador**
93083904

**Nombre Encuestador**
LUIS FERNANDO OSPINA QUINTERO

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
16/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
11:14:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
18932013

**11. Fecha de nacimiento**
14/11/1951 0:00:00

**12. Primer apellido**
COTES

**13. Segundo apellido**
IBARRA

**14. Primer nombre**
RODOLFO

**15.Segundo nombre**

**16. Dirección residencia**
CRA 4A N° 5 - 25

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
MASCULINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNIÓN LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
MASCULINO

**19.1. ¿Cuál?**
NINGUNA

**20. Años de escolaridad aprobados:**
0

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
NO

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON EL CONYUGUE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
1

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
0

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NO REGISTRA

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
ESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
NO REGISTRA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
FAMILIAR

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
FERRETERIA

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
NO

**36. El encuestado cuenta con celular**
NO

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
NO

**38. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)**
2

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
8

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
6

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
SI

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
COTIZANTE

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1033

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
77

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
170

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
NO

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
0

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
0

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
NO

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
SEMANAL

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
BUENA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**
NO

**75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**
0

**78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**
NO REGISTRA

**79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**
NO

**80. Enfermedad diagnosticada**
0

**81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**
NO

**82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**
NO REGISTRA

## CONDICIONES DE TRABAJO

**83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**
SEGURO

**84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
TEMPERATURAS EXTREMAS

**85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
JORNADA DE TRABAJO

**86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
VIRUS

**87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
LOCATIVO

**88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
LIQUIDOS

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PRECIPITACIONES

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
SI

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
GORRO O CACHUCHA

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
TAPABOCAS

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
GUANTES DE NITRILO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
CONTRA PRODUCTOS QUIMICOS
LIQUIDOS

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
SI

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
10:35:00

**Cedula Encuestador**
18932013

**Nombre Encuestador**
RODOLFO COTES IBARRA

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
18/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
08:06:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
1062811450

**11. Fecha de nacimiento**
08/06/1994 0:00:00

**12. Primer apellido**
Barreto

**13. Segundo apellido**
Moreno

**14. Primer nombre**
Jeferson

**15.Segundo nombre**

**16. Dirección residencia**
Calle 6 # 11-12

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
MASCULINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNION LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
SECUNDARIA COMPLETA

**19.1. ¿Cuál?**
Bachiller

**20. Años de escolaridad aprobados:**
11

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
SI

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON NADIE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
3

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
2

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
MEZTIZO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NINGUNO

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
ESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
NO REGISTRA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
ARRENDADA

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
Oficios varios

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
SI

**36. El encuestado cuenta con celular**
NO

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
NO

**38. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)**
5

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
8

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
5

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
SI

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
COTIZANTE

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1008

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
60

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
165

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
NO

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
0

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
0

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
SI

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
QUINCENAL

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
BUENA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**
NO

**75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**
0

**78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**
NO REGISTRA

**79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**
NO

**80. Enfermedad diagnosticada**
Ninguna

**81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**
NO

**82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**
NO REGISTRA

**CONDICIONES DE TRABAJO**

**83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**
POCO SEGURO

**84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
TEMPERATURAS EXTREMAS

**85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
JORNADA DE TRABAJO

**86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
BACTERIAS

**87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PUBLICOS

**88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
ESFUERZO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
GASES Y VAPORES

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PRECIPITACIONES

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NINGUNO

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
SI

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
08:29:00

**Cedula Encuestador**
1062811450

**Nombre Encuestador**
Jeferson Barreto

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
18/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
08:37:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
36518885

**11. Fecha de nacimiento**
23/01/1973 0:00:00

**12. Primer apellido**
Moreno

**13. Segundo apellido**
Guillen

**14. Primer nombre**
Noelia

**15.Segundo nombre**
Del carmen

**16. Dirección residencia**
Calle 6 # 11 - 12

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
FEMENINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNION LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
SECUNDARIA INCOMPLETA

**19.1. ¿Cuál?**
Ninguno

**20. Años de escolaridad aprobados:**
8

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
SI

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON EL CONYUGUE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
3

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
2

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NINGUNO

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
ESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
NO REGISTRA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
PROPIA

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
Casa

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
SI

**36. El encuestado cuenta con celular**
SI

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
SI

**38. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)**
6

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
6

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
6

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
SI

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
NO REGISTRA

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1121

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
60

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
150

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
NO

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
0

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
0

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
NO

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
QUINCENAL

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
BUENA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**
NO

**75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**
0

**78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**
NO REGISTRA

**79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**
NO

**80. Enfermedad diagnosticada**
Ninguna

**81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**
NO

**82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**
NO REGISTRA

**CONDICIONES DE TRABAJO**

**83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**
POCO SEGURO

**84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
TEMPERATURAS EXTREMAS

**85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
CONDICIONES DE LA TAREA

**86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
VIRUS

**87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PUBLICOS

**88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
ESFUERZO

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PRECIPITACIONES

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NINGUNO

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
DELANTAL PLASTICO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
NO

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
09:00:00

**Cedula Encuestador**
836518885

**Nombre Encuestador**
Noelia moreno

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
18/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
09:10:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
49748604

**11. Fecha de nacimiento**
11/10/1978 0:00:00

**12. Primer apellido**
Fernandez

**13. Segundo apellido**
Florez

**14. Primer nombre**
Lilia

**15.Segundo nombre**
Del carmen

**16. Dirección residencia**
Calle 11 # 5 - 50

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
FEMENINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNION LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
SECUNDARIA COMPLETA

**19.1. ¿Cuál?**
Bachiller

**20. Años de escolaridad aprobados:**
11

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
SI

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON EL CONYUGUE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
5

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
4

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NINGUNO

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
ESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
NO REGISTRA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
NO REGISTRA

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
Casa

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
NO

**36. El encuestado cuenta con celular**
NO

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
SI

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

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
5

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
6

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
DESASTRE NATURAL

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
SI

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
BENEFICIARIO

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1101

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
48

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
163

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
NO

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
0

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
0

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
NO

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
OCASIONAL

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
BUENA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**
NO

**75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**
0

**78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**
NO REGISTRA

**79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**
NO

**80. Enfermedad diagnosticada**
Ninguna

**81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**
NO

**82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**
NO REGISTRA

**CONDICIONES DE TRABAJO**

**83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**
SEGURO

**84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
CONDICIONES DE LA TAREA

**86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NO REGISTRA

**87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PUBLICOS

**88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
POSTURA

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NINGUNO

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NO REGISTRA

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
NO

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
09:34:00

**Cedula Encuestador**
49748604

**Nombre Encuestador**
Libia Fernández

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
18/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
09:35:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
1003040425

**11. Fecha de nacimiento**
25/09/2003 0:00:00

**12. Primer apellido**
Mendoza

**13. Segundo apellido**
Hernandez

**14. Primer nombre**
Maira

**15.Segundo nombre**
Alejandra

**16. Dirección residencia**
Calle 11 # 5 - 50

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
FEMENINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNIÓN LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
FEMENINO

**19.1. ¿Cuál?**
Bachiller

**20. Años de escolaridad aprobados:**
11

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
SI

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON NADIE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
1

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
1

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
OTRO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NINGUNO

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
NO REGISTRA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
NO REGISTRA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
FAMILIAR

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
X

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
SI

**36. El encuestado cuenta con celular**
SI

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
NO

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

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
6

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
4

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
SI

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
COTIZANTE

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1101

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
56

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
160

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
NO

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
0

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
0

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
NO

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
OCASIONAL

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
BUENA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**
NO

**75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**
0

**78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**
NO REGISTRA

**79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**
NO

**80. Enfermedad diagnosticada**
Ninguna

**81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**
NO

**82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**
NO REGISTRA

## CONDICIONES DE TRABAJO

**83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**
SEGURO

**84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NO REGISTRA

**86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NINGUNO

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
NO

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
10:25:00

**Cedula Encuestador**
1003040425

**Nombre Encuestador**
Maira mendoza

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
18/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
09:50:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
6624596

**11. Fecha de nacimiento**
04/07/2004 0:00:00

**12. Primer apellido**
Florez

**13. Segundo apellido**
Florez

**14. Primer nombre**
Yiniris

**15.Segundo nombre**
Paola

**16. Dirección residencia**
Cra 15 # 5 -24

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
FEMENINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
SOLTERO

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
SECUNDARIA COMPLETA

**19.1. ¿Cuál?**
Bachiller

**20. Años de escolaridad aprobados:**
11

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
NO

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON NADIE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
0

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
0

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NINGUNO

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
ESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
NO REGISTRA

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
NO REGISTRA

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
X

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
SI

**36. El encuestado cuenta con celular**
NO

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
NO

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

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
7

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
6

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
SI

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
BENEFICIARIO

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1101

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO REGISTRA

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
60

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
150

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
SI

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
4

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
2

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
NO

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
SEMANAL

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
MUY MALA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**
NO

**70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**
NO

**75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**
NO REGISTRA

**77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**
0

**78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**
NO REGISTRA

**79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**
NO

**80. Enfermedad diagnosticada**
Ninguna

**81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**
NO

**82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**
NO REGISTRA

**CONDICIONES DE TRABAJO**

**83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**
SEGURO

**84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
CONDICIONES DE LA TAREA

**86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
VIRUS

**87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
PUBLICOS

**88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
POSTURA

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
HUMOS

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NINGUNO

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
NO

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
10:20:00

**Cedula Encuestador**
6624596

**Nombre Encuestador**
Yiniris florez

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
18/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
11:00:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
1062804875

**11. Fecha de nacimiento**
05/11/2001 0:00:00

**12. Primer apellido**
Enamorado

**13. Segundo apellido**
Caamaño

**14. Primer nombre**
Angi

**15.Segundo nombre**
Daniela

**16. Dirección residencia**
Barrio 6 de enero

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
FEMENINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNIÓN LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
SECUNDARIA COMPLETA

**19.1. ¿Cuál?**
Bachiller

**20. Años de escolaridad aprobados:**
11

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
NO

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON NADIE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
1

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
1

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**26. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente?**
NINGUNO

**27. Su oficio u ocupación lo realiza de manera:**
ESTACIONARIA

**28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?**
OTRO

**DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
OTRA

**30. Tipo de vivienda donde el encuestado realiza el oficio u ocupación**
FAMILIAR

**31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación**
Restaurante

**32. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con energía**
SI

**33. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con acueducto**
SI

**34. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con alcantarillado**
SI

**35. El lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación cuenta con teléfono fijo**
NO

**36. El encuestado cuenta con celular**
SI

**37. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende?**
NO

**38. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años)**
2

**39. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación?**
DIURNA

**40. ¿Horas en que en Encuestado trabaja al Dia?**
8

**40.1 ¿Dias que el Encuestado trabaja en la Semana?**
5

**41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales?**
VIOLENCIA SOCIOPOLITICA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## SEGURIDAD SOCIAL

**42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ?**
SI

**43. A qué régimen pertenece?**
SUBSIDIADO

**44. En su régimen de salud, usted es**
BENEFICIARIO

**45. ¿Código de la EPS a la cual se encuentra afiliado el encuestado?**
1101

**46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones?**
NO

**47. ¿Código de la AFP a la cual se encuentra afiliado?**
1002

## ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

**48. ¿Cuál es su peso ?**
54

**49. ¿Cuál es su estatura ?**
151

**50. ¿Desarrolla alguna actividad física?**
SI

**51. ¿Cuántos días a la semana lo practica?**
4

**52.¿Cuántas horas al día lo practica?**
1

**53. ¿Usted fuma o fumó?**
NO

**54. ¿Usted consume licor?**
NO

**55. ¿Usted consume sustancias psicoactivas?**
NO

**56. ¿Cuál?**
NO REGISTRA

**57. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?**
SI

**58. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?**
DIARIO

## CONDICIONES DE SALUD

**59. La salud del encuestado es:**
MUY MALA

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

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

**62. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?**
NO

**63. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**64. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
NO REGISTRA

**65. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales?**
0

**66. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?**
NO

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

| | |
|---|---|
| **67. Un accidente de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**<br>NO | **68. Un accidente de trabajo fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**<br>NO |
| **69. Una enfermedad de origen común fue lo que le impidió al encuestado realizar las actividades normales**<br>NO | **70. Lesiones ocurridas al encuestado en el accidente más grave relacionado con la ocupación u oficio durante los últimos 12 meses (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA |
| **71. Partes del cuerpo del encuestado afectadas en el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA | **72. Agente que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA |
| **73. Mecanismo que le ocasionó al encuestado el accidente relacionado con su oficio u ocupación (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA | **74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación?**<br>NO |
| **75. Causa por la que el encuestado no informó el accidente relacionado con el trabajo (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA | **76. Actor al cual el encuestado informó del accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación (Elija Opcion)**<br>NO REGISTRA |
| **77. Días en que el encuestado dejó de realizar el oficio o la ocupación por causa del accidente**<br>0 | **78. Actor que asumió los costos del accidente relacionado con el oficio u la ocupación del encuestado**<br>NO REGISTRA |
| **79. Indicador de diagnóstico o trámite de reconocimiento de alguna enfermedad relacionada con el oficio u ocupación del encuestado**<br>NO | **80. Enfermedad diagnosticada**<br>Ninguna |
| **81. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad?**<br>NO | **82. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado?**<br>NO REGISTRA |

**CONDICIONES DE TRABAJO**

| | |
|---|---|
| **83. El encuestado considera seguro el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación, es:**<br>SEGURO | **84. Peligros físicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>NINGUNO |
| **85. Peligros psicosociales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>JORNADA DE TRABAJO | **86. Peligros biológicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>VIRUS |
| **87. Condiciones de seguridad a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>PUBLICOS | **88. Peligros biomecánicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**<br>POSTURA |

**89. Peligros químicos a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**90. Fenómenos naturales a los cuales se expone el encuestado al realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**91. Uso de elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación habitual**
NO

**92. Uso de elementos de protección para la cabeza al realizar el oficio u ocupación.**
NINGUNO

**93. Uso de elementos de protección ocular para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**94. Uso de elementos de protección auditiva para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**95. Uso de elementos de protección respiratoria para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**96. Uso de elementos de protección de extremidades superiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**97. Uso de elementos de protección de extremidades inferiores para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**98. Uso de otros elementos de protección personal para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**99. Uso de ropa de trabajo para realizar el oficio u ocupación**
NINGUNO

**100. Identificación de posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde el encuestado desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**101. Conocimiento para actuar en caso de presentarse una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
NO

**102. Disposición de extintor para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**103. Disposición de botiquín de primeros auxilios para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**104. Disposición de ruta de evacuación para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**105. Disposición de salidas de emergencia para atender una emergencia en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**106. Conocimiento del lugar a donde dirigirse en caso de emergencia**
SI

**107. Disposición de agua potable en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

**108. Disposición de un sistema de recolección de residuos en el lugar donde desarrolla el oficio u ocupación**
SI

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

**Hora Terminación**
11:34:00

**Cedula Encuestador**
1062804875

**Nombre Encuestador**
Angi enamorado

FIRMA

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA**

## GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

**¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales?**
NO
En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

**1. Fecha de aplicación de la encuesta:**
18/10/2024 0:00:00

**2. Hora de inicio:**
12:00:00

**3. Tipo de documento de identificación del encuestador:**
CC

**4. Número del documento de identificación del encuestador:**
55235691

## DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

**5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?**
NO

**6. Departamento de residencia:**
CESAR

**7. Municipio de residencia:**
BECERRIL

**8. Clase de municipio**
CABECERA MUNICIPAL

**9. Tipo documento**
CC

**10. Número de documento**
36518351

**11. Fecha de nacimiento**
23/01/1953 0:00:00

**12. Primer apellido**
Perez

**13. Segundo apellido**
Avendaño

**14. Primer nombre**
Silvia

**15.Segundo nombre**

**16. Dirección residencia**
Barrio 6 de enero

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**17. Genero**
FEMENINO

**18. ¿Cuál es su estado civil actualmente?**
UNION LIBRE

**19. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**
FEMENINO

**19.1. ¿Cuál?**
Ninguno

**20. Años de escolaridad aprobados:**
0

**21. ¿Es usted cabeza de familia?**
SI

**22. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia?**
CON NADIE

**23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?**
1

**24. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente**
1

**25. ¿A qué tipo de población pertenece?**
NO REGISTRA