# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROPUESTO

TRIMESTRE

| Responsable | eje estrategico | microterritorio | Entorno | Cantidad Programada Mes | FECHA DE ELABORACIÓN | MES | NOVIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | SEMANA | SEMANA 1 | | | | | SEMANA 2 | | | | | SEMANA 3 | | | | | SEMANA 4 | | | | | SEMANA 5 | | | | |
| | | | | | | | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| | | | | | ACTIVIDADES | DÍA | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | | | | | |
| LAURA ARANGO | DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD | N/A | COMUNITARIO | 1 | realizar cien (100) encuestas dirigidas a la poblacion trabajadora informal para su caracterizacion en las que se identifiquen factores de riesgo, quimico y biologico, para el abordaje integral de los determinantes sanitarios y ambientales de la salud. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAURA ARANGO | DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD | N/A | COMUNITARIO | 1 | Realizar cinco (5) talleres dirigidos a mototaxis, vendedores estacionarios y ambulantes, talleres mecanicos, soldadura, construccion, enfocadas en la identificacion y prevencion de incidentes, accidentes y riesgos laborales que promuevan entornos de trabajo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL - CESAR
SECRETARIA LOCAL DE SALUD

**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 ACUMULADAS | FECHA ACTIVIDAD REALIZADA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD | Becerril | N/A | COMUNITARIO | realizar cien (100) encuestas dirigidas a la poblacion trabajadora informal para su caracterizacion en la que se identifique factores de riesgos fisicos, quimicos y biologicos para el abordaje de los determinantes de la salud en llos diferentes barrios de la cabecera municipal. | Al 2027 responder con las necesidades en salud de la poblacion con participacion de los actores estrategicos del territorio. | 1 | 100 | 100% | 25 | 100 | 18,19 y 20/11/2024 |
| DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD | Becerril | N/A | COMUNITARIO | Realizar cinco (5) dirigidos a personas que conducen moto taxis, vendedores ambulantes, talleres mecanicos, soldaduras, contruccion, enfocadas en la identificacion y prevencion de incidentes, accidentes y riesgos laborales que promuevan entornos de trabajo saludable y el uso de elementos de proteccion personal. entrega de folletos | Al 2027 responder con las necesidades en salud de la poblacion con participacion de los actores estrategicos del territorio. | 1 | 5 | 100% | 15 | 105 | 20/11/2024 |

ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRI-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 0-5 años | INFANCIA 6-11 años | ADOLESCENCIA 12-18 años | JUVENTUD 19-26 años | ADULTEZ 27-59 años | ADULTO MAYOR > 60 años | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ninguna | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. |
| DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD | Realizar cinco (5) dirigidos a personas que conducen moto taxis, vendedores ambulantes, talleres mecanicos, soldaduras, contruccion, enfocadas en la identificacion y prevencion de incidentes, accidentes y riesgos laborales que promuevan entornos de trabajo saludable y el uso de elementos de proteccion personal. entrega de folletos | X | | OBRA DE CONSTRUCCION | | | | X | 15 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 0 |

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

**META DEL PRODUCTO**

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

**ACTIVIDAD**

Realizar cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen moto taxis, vendedores estacionarios y ambulantes, talleres mecánicos, soldaduras, construcción, enfocadas en la identificación y prevención de incidentes, accidentes y riesgos laborales que promuevan entornos de trabajo saludable y el uso de elementos de protección personal. Entrega de folletos-

## EJE ESTRATEGICO
## DETERMINATES SOCIALES DE LA SALUD
## METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

### 1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Realizar cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen moto taxis, 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.

### 2. ENTIDAD ORGANIZADORA

Cada jornada está organizada por ESE HOSPITAL SAN JOSE DE BECERRIL en cumplimiento de acciones del PIC 2024, según Anexo Técnico Entorno Comunitario.

### 3. OBJETIVOS

- Incrementar acciones para la promoción de la Salud y Prevención de Riesgos Laborales en la población del sector informal de la economía. En el área urbana del municipio de Becerril, ejecutando las diferentes labores de acuerdo con el cronograma de trabajo.

### 4. DESTINATARIOS DE LA ACTIVIDAD

La ejecución de las intervenciones de información en salud y Ámbito Laboral está dirigida al Entorno Comunitario del área urbana del municipio de Becerril, dirigida a población informal con curso de vida entre juventud, Adultez y Adulto mayor

### 5. FECHAS Y DURACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Se desarrollará con inicio según el cronograma establecido para la intervención en el tercer y cuarto trimestre del año 2024.

### 6. DESARROLLO DE ESTRATEGIAS.

Para el desarrollo de estos talleres implementar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.
**ESTRATEGIA DE TALLERES EDUCATIVOS.**

- Como primera medida se identificará el sitio en donde se aplicara el taller
- Se envían los oficios a la entidad educativa escogida con fecha y hora solicitando aprobación y participación de la actividad a desarrollar.

### ACTIVIDAD U ESTRATEGIA OPERATIVA

Esta actividad se realizará por medio de unos talleres educativos donde se aplicara un pre test para evaluar los conocimientos previos de la población con informalidad económica, se complementa con folletos que contienen información de los temas que se abordaran en la charla.

- Se desarrollara el tema
- Se les entrega un taller cuestionario por cada asistente.
- Luego se evaluara por medio de un pos test.
- Luego se le repartirá un refrigerio al finalizar la actividad

- La actividad durara aproximadamente 90 minutos.

**7. RETROALIMENTACION**

Al terminar la anterior actividad realizaremos un pos test con el fin de identificar si hubo una comprensión efectiva sobre el tema abordado, se despejaran todas las dudas frente al tema que impedían implementar de manera correcta las herramientas.

**Que aprendimos hoy?**

Tiempo estimado: 15 minutos
Aquí se harán los compromisos después de resolver las dudas y a que compromisos se llegara para mejorar y como lograrlo.

**8. TAREAS:**

**Se harán los compromisos de forma colectiva**

**9. Cierre**

Aquí se socializara las enseñanzas que nos deja la actividad, las diferentes experiencias referentes al tema expuesto y lo que le gustaría abordar en un futuro.

**INDICADORES DE LOGRO:**
Asistencia de toda la población, participación activa. Satisfacción a los temas abordados por parte de los asistentes, temática completa.

**INSUMOS:**

- folletos
- Planilla de asistencia de la población

**Becerril - Cesar, Noviembre 14 de 2024**

Doctora:
**ARELIS ALVAREZ**
Referente de Salud y Ámbito Laboral
Secretaria de Salud Municipal

XOV. 14-2024
11:18 am

**Asunto:** Realización de talleres dirigidos a la población informal del municipio

**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 cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen moto taxis, 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.
Como parte de esta intervención, se realizará un encuentro final con la población involucrada el día 20 de noviembre de 2024 a las 8: am en obras de construcción del municipio.

**Atentamente,**

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

**Becerril - Cesar, Noviembre 14 de 2024**

Doctora:
**SILVIA PIZARRO**
Secretaria Local de Salud Municipal
Becerril - Cesar

X10v. 14-2024
11:18 am

**Asunto:** Realización de talleres dirigidos a la población informal del municipio

**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 cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen moto taxis, 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.
Como parte de esta intervención, se realizará un encuentro final con la población involucrada el día 20 de noviembre de 2024 a las 8: am en obras de construcción del municipio.

**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 Octubre al 27 de Noviembre 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 cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen moto taxis, vendedores estacionarios y ambulantes, talleres mecánicos, soldaduras, construcción, enfocadas en la identificación y prevención de incidentes, accidentes y riesgos laborales que promuevan entornos de trabajo saludable y el uso de elementos de protección personal. Entrega de folletos. |
| **MICRO TERRITORIO:** | No aplica |
| **ENTORNO:** | Comunitario |
| **AREA:** | Urbana |
| **CURSO DE VIDA:** | Joven (18-28 años)<br>Adultez (29- 59 años)<br>Vejez (60 en Adelante) |
| **LUGAR DE EJECUCION DE LA ACTIVIDAD:** | obras de Construcción del municipio |
| **FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD:** | 20 de Noviem6bre del 2024<br>Hora: 08:00 AM |
| **RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD** | Laura Carolina Arango Lozada |

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

- **PLANEACIÓN:** El día jueves 14 de Noviembre de 2024 se extendió la invitación a las diferentes entidades, por medios de los oficios tales como la alcaldía municipal; secretaria de salud municipal; a la doctora Arelis Álvarez, referente de salud mental y Ámbito en el municipio de Becerril –Cesar

- **INTRODUCCION DE LA ACTIVIDAD:** Asesorar a los trabajadores informales con actividad económica informal del municipio de Becerril –Cesar, promoviendo conocimiento y resolviendo todas las dudas y la importancia en la Identificación y Prevención de incidentes y accidentes y riesgos que promuevan entornos de trabajo saludables y el uso de elementos de protección personal (EPP)

- **DESCRIPCION O DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

El día miércoles 20 de Noviembre siendo las 8:00 am se dio inicio a la actividad en las diferentes obras visitadas en el municipio de Becerril – Cesar, donde se brindó asesoría y capacitaciones a los diferentes trabajadores de obra de construcción , enfocada en la prevención de incidentes, incidentes y el uso de elemento de protección personal. Dentro de las charlas de concientización se abordaron los siguientes temas:

En estas visitas a las diferentes obras de construcción se implementaron charlas de prevención, identificación de riesgos y accidentes laborales siendo buena estrategia para promover la seguridad en el entorno de trabajo. En estas visitas se pudieron llevar a cabo las siguientes actividades.

- Recorrido por la obra: donde se identificaron los riesgos presentes. Este recorrido incluyo la inspección de equipos, maquinaria y condiciones de trabajo.
- Charlas Educativas: se impartieron charlas sobre los peligros comunes en el sitio de construcción, como caídas, golpes, exposición a sustancias toxicas, o accidentes con maquinaria. Además se le enseño a los trabajadores a reconocer señales de advertencia y a utilizar equipos de protección personal (EPP).
- Identificación de Riesgos : durante las charlas, se hizo énfasis de riesgos específicos en cada etapa de la obra; por ejemplo riesgos durante el levantamiento de estructuras, el trabajo en alturas , evacuaciones o manipulación de materiales peligrosos.
- Protocolos de Seguridad: se presentan y explican los procedimientos de seguridad, como las rutas de evacuación, primeros auxilios, y los pasos a seguir en caso de accidente. Es fundamental que conozcan como actuar ante situaciones de emergencia.
-

- Simulacros de Emergencia: en algunos casos, es útil realizar simulacros para entrenar a los trabajadores en situaciones de crisis, mejorando su capacidad de respuesta ante accidentes reales.

- Evaluación y retroalimentación: al final de la visita, se realiza una evaluación mediante los pre test y pos test de los puntos expuestos y se ofrecieron las sugerencias para mejorar la seguridad.

Estas visitas no solo contribuyen a reducir el riesgo de accidentes, sino que también fomentan una cultura de seguridad, aumentando la conciencia y responsabilidad de todos los involucrados en el proceso de la construcción.

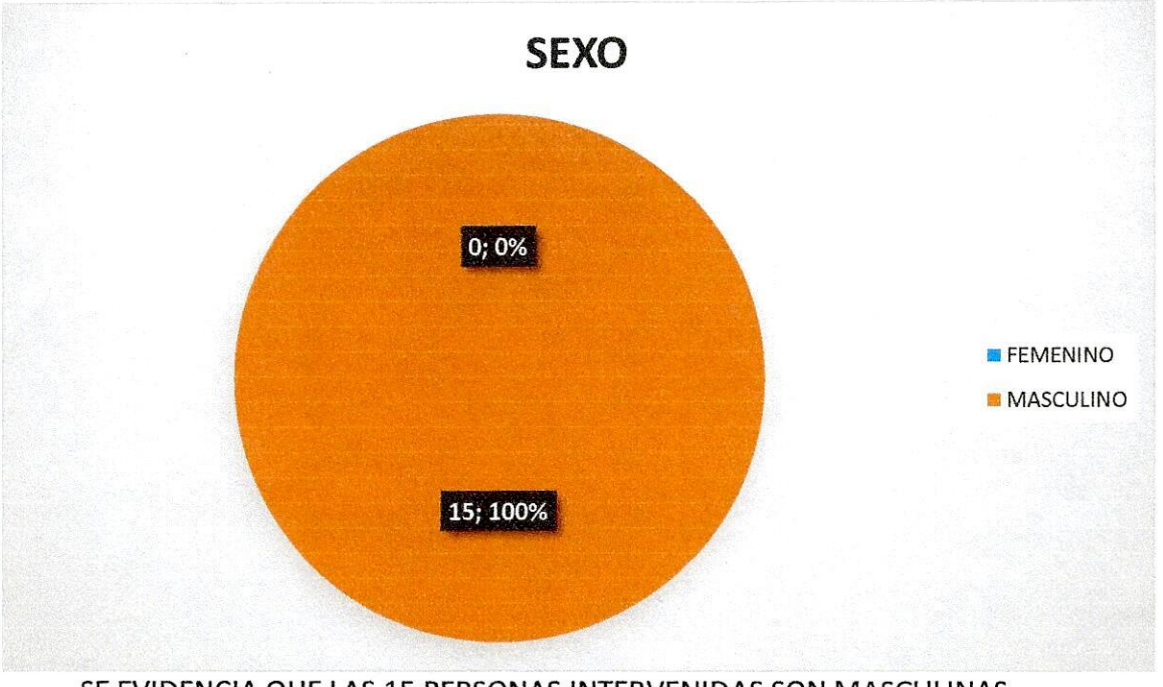
Se les explico que los incidentes laborales son sucesos en el trabajo que pueden ser potenciales accidentes, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones graves. Los cuales le ocurren comúnmente a esta población sino se cuenta con las medidas necesarias al momento de empezar a realizar la actividad; estos actos se pueden evitar mediante la planificación y gestión cuidadosa para garantizar tanto la productividad como la seguridad y el bienestar de los trabajadores. A continuación se le detallaron los siguientes aspectos a tener en cuenta:

- Horarios y descansos: cumplimiento de la jornada laboral; es fundamental seguir las normas legales sobre la duración de la jornada laboral que no debe excederse de las 8 horas diarias.
- pausas regulares: durante las jornadas largas, se deben establecer pausas regulares para el descanso. Esto ayuda a reducir la fatiga, lo que a su vez disminuye el riesgo por accidentes. Por ejemplo pausas cada 2 horas.
- Descanso para la comida; debe garantizarle un tiempo adecuado para el almuerzo y otros descansos. Esto es crucial para mantener la energía y concentración de los trabajadores.
- EPP Adecuado: los trabajadores deben contar con y utilizar los equipos de protección adecuados a cada tipo de actividad, como cascos, guantes, botas de seguridad, gafas protectoras, y ropa reflectante. Es importante y esencial proporcionar capacitación constante sobre el uso adecuado del equipo de protección personal, además de inspeccionarlo regularmente para asegurarse de que este en buen estado.

En resumen, gestionar adecuadamente las jornadas de los trabajadores de la construcción no solo para mejora la productividad, sino que también previene accidentes y asegura la salud de los empleados. Todo esto debe hacerse dentro del marco de las leyes laborales y de seguridad, para garantizar un entorno de trabajo seguro y saludable.

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

**HOSPITAL SAN JOSE**



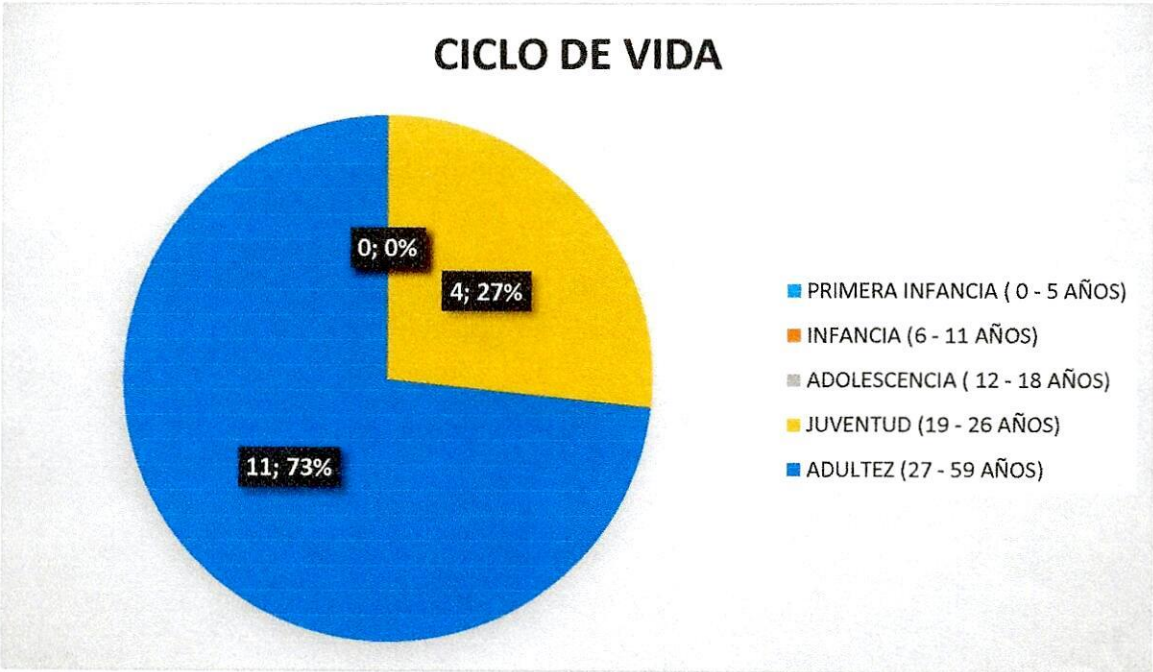

SE EVIDENCIA QUE LAS 15 PERSONAS INTERVENIDAS SON MASCULINAS




SE EVIDENCIA QUE LAS 15 PERSONAS PERTENECEN AL REGIMEN SUBSISDIADO

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

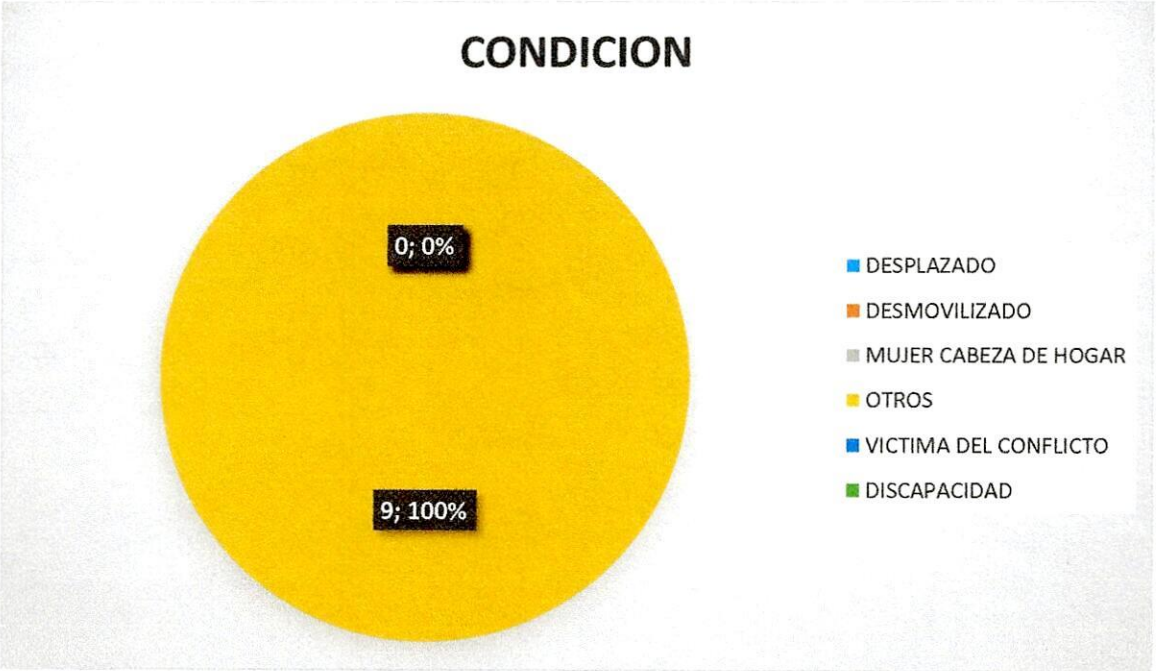
**HOSPITAL SAN JOSE**




SE EVIDENCIA QUE TODA LA POBLACION INTERVENIDA SE ENCUENTRA ENTRE LOS RANGOS DE JUVENTUD Y ADULTEZ

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

**HOSPITAL SAN JOSE**



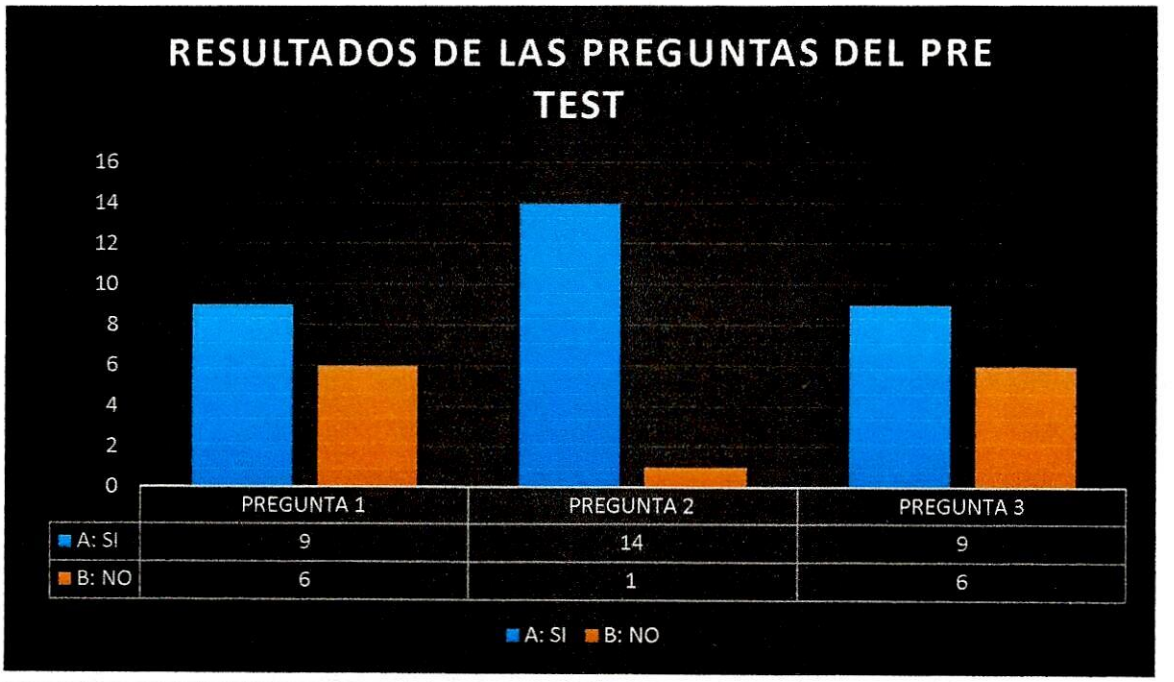

SE EVIDENCIA QUE 9 PERSONAS PERTENECEN A LA CONDICION DE OTROS Y EL RESTO NO RECONOCIO NINGUNA CONDICION.

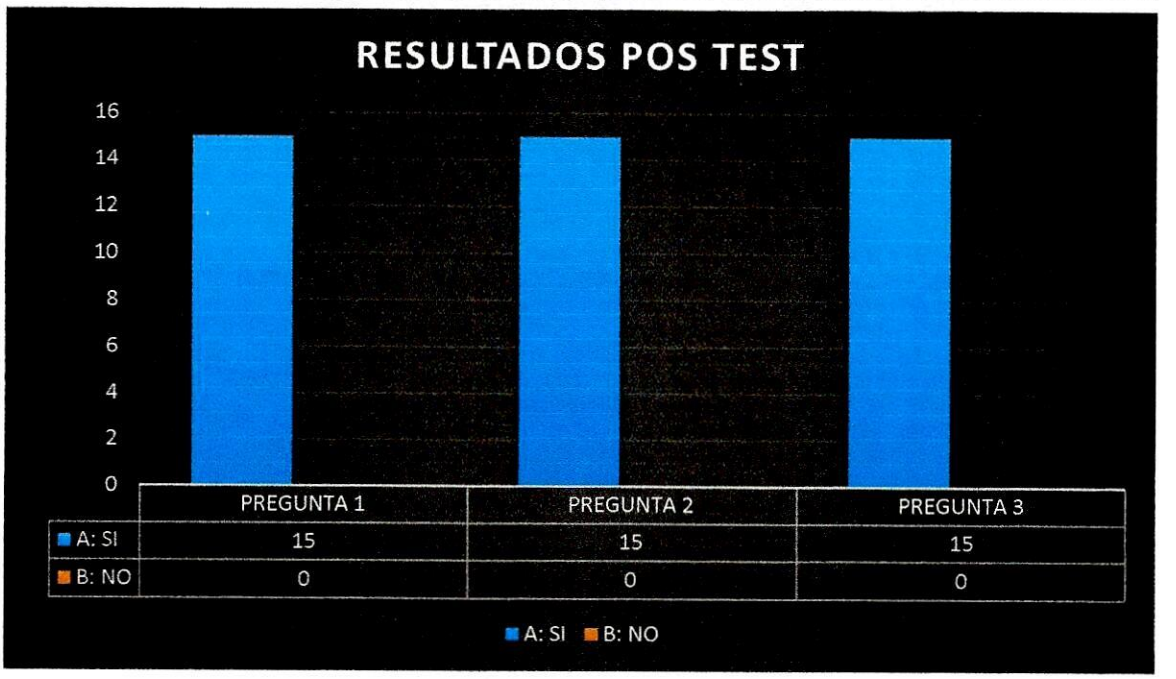


| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

**HOSPITAL SAN JOSE**

**RESULTADOS DE PRE TEST Y POS TEST**



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

**HOSPITAL SAN JOSE**

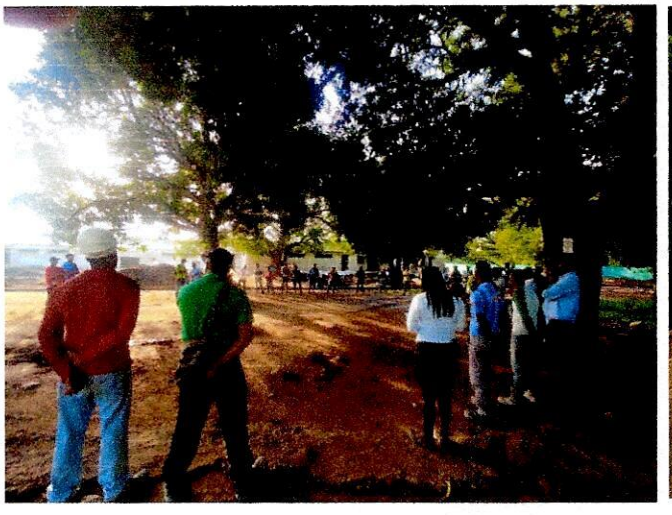
| | |
|---|---|
| **OBJETIVOS:** | • Capacitar a los trabajadores con distintas actividades económicas informales del municipio de Becerril- Cesar en la importancia de saber cómo evitar incidentes, accidentes y que son los elemento de protección personal (EPP). |
| **LOGROS:** | • se logró aclarar el concepto que tenía muchas personas sobre el uso de elemento de protección personal (EPP); muchas personas no conocen el concepto de que es un elemento de protección personal se logró que muchas personas conocieran la importancia y los beneficios de saber acerca el tema y sus responsabilidades como disminuir un accidente de trabajo y enfermedad.<br>• Satisfacción por parte de los trabajadores informales del municipio de Becerril -Cesar |
| **DIFICULTADES:** | • Debido a que realizan actividades por fuera del taller no se contó con el personal completo sin embargo su propietario replicará la información suministrada. |
| **ANÁLISIS DE SALUD DE MICROTERRITORIO INTERVENIDO: (APS)** | No aplica |
| **SOPORTE:** | **HOSPITAL SAN JOSE**<br>Evidencia fotográfica, registro de asistencia, copia del contrato profesional entrega de folleto y soportes de pos- test y pre- test |
| Se evidencio que hay algunos trabajadores en las obras que desconoce la adecuada utilización a cerca del tema de los EPP (elementos de protección personal) ya que es importante saber el tema, para sí evitar enfermedades y accidente laboral además que no cuentan con la infraestructura adecuada para la realización de sus labores. | |

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Realizar cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen moto taxis, vendedores estacionarios y ambulantes, talleres mecánicos, soldaduras, construcción, enfocadas en la identificación y prevención de incidentes, accidentes y riesgos laborales que promuevan entornos de trabajo saludable y el uso de elementos de protección personal. Entrega de folletos.

FECHA DE ACTIVIDAD: 20 DE NOVIEMBRE DE 2024







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

Nombre: Jose Antonio Tablante,

Fecha: 20-11-24

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

- A. SI
- B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Aladier Crespo C.
Fecha: 20/11/24.

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

   - A. SI
   - B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

   - A. SI
   - B. NO

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

Nombre: Erick Joel Carvajal.

Fecha: Nov 20/24.

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- ✓ A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

- ✓ A. SI
- B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- ✓ A. SI
- B. NO

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

Nombre: Humberto Pera

Fecha: NOV 20-24.

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

   - A. SI
   - B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

   - A. SI
   - B. NO

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

Nombre: Johan Florian
Fecha: 20-11-24

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

   - A. SI
   - B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?
   - A. SI
   - B. NO

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

Nombre: Jean Carlos Ortiz
Fecha: 20-11-24

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

   - A. SI
   - B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

   - A. SI
   - B. NO

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

Nombre: Fabian J. Villegas B.

Fecha: Nov. 20/24

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

- A. SI
- B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Juan Eduardo Contreras

Fecha: Nov 2024.

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

- A. SI
- B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Jorge Luis Chato
Fecha: 20-11-24

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

- A. SI
- B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Osnaider Beltran.

Fecha: 20-Nov-24.

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- (•) A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - (•) A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- (•) B. NO

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

Nombre: Sergio Luis Bolaños

Fecha: Nov 20/24

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- (•) A. SI
- • B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

- (•) A. SI
- • B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- • A. SI
- (•) B. NO

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

Nombre: Jamer Espitia
Fecha: Nov 20 124

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

- A. SI
- B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Jose Armando Arroyo.
Fecha: 20-11-24.

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- (•) B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - (•) A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- (•) B. NO

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

Nombre : Luis Angel Morales.
Fecha: Nov. 20. 24.

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?

- A. SI
- B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Jaime Mendoza
Fecha: 20-NOV-24.

**PRE TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?
   - A. SI
   - B. NO

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

Nombre: Jean Carlos Ortiz

Fecha: Nov 20124

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Jorge Luis Oñate

Fecha: nov 20 / 2024.

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- (A.) SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - (A.) SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- (A) SI
- B. NO

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

Nombre: Luis Angel Morales
Fecha nov 20 /24

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre Jaime Mendoza
Fecha: 20-11-20

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Johan Florian

Fecha: Nov 2024

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. Si
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. Si
- B. NO

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

Nombre: Jones Espitia
Fecha: Nov 2024

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI ✓
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI ✓
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI ✓
- B. NO

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

Nombre: Sergio Luis Bolaño

Fecha: Nov 2024

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- (A.) SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - (A.) SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- (A.) SI
- B. NO

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

Nombre: Osnaider Beltran

Fecha: Nov 20 124

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Jose Armando Amaya
Fecha: Nov 2024.

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre Fecha: Nov 20/24.
Juan Eduardo Contreras

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Fabian J. Villegas
Fecha: Nov 20/24

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Jose Antonio Taylandt

Fecha: NOV 2024

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Aladier Crespo

Fecha; 2024-24

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre: Erick Joel Carvajal

Fecha: 20-11-24

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

Nombre Homberto Perez
Fecha: Noviembre 20 /2024.

**POS TEST**

TALLER DE IDENTIFICACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES

1. LAS INSPECCIONES REGULARES Y LAS REUNIONES DE SEGURIDAD SON LOS METODOS MAS EFECTIVOS PARA IDENTIFICAR RIESGOS EN EL LUGAR DE TRABAJO?

- A. SI
- B. NO

2. LA EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS O TEMPERATURAS EXTREMAS Y LA CAIDA DE OBJETOS CORRESPONDEN A LOS RIESGOS FISICOS?
   - A. SI
   - B. NO

3. LAS CAPACITACIONES CONTINUAN EN PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL HACEN PARTE DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES?

- A. SI
- B. NO

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

REGISTRO DE ASISTENCIA



**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** Obra de Construcción. | **Fecha:** D: 20 M: 11 A: 2024 | **Hora:** 9:00 am.

**ACTIVIDAD: realizar cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen moto taxis, 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.**

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Erick Joel Carvajal | 1062805547 | cc | 3234665028 | | x | 45 | | | | | x | | | | | | | x | | | | | | | | x | | Erick C. |
| 2 | Aladiel Crespo E. | 1020811732 | cc | 3225582002 | | x | 29 | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | x | | Aladiel. Crespo. |
| 3 | Jose Antonio Tablante | 7086.594 | c | 3217063128 | | x | 34 | | | | | x | | | | | | | x | | | | | | | | x | | Jose A.T. |
| 4 | Fabran J. Villegas B. | 1062811917 | cc | 3007260341 | | x | 30 | | | | | x | | | | | | | x | | | | | | | | x | | Fabran V. |
| 5 | Juan Eduardo Contreras | 12568199 | cc | 3004878121 | | x | 47 | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | x | | Juan Contreras |
| 6 | Jose Armando Amaya. | 1062816838 | cc | 3016380767 | | x | 25 | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | x | | J. Amaya |
| 7 | Osnaidel Beltran | 1062811831 | cc | 3161973833 | | x | 29 | | | | | x | | | | | | | x | | | | | | | | x | | Osnaider B |
| 8 | Sergio Luis Bolaños | 12569.304 | cc | 3126937226 | | x | 39 | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | x | | Sergio B. |
| 9 | Jandi Espitia | 70530627 | cc | 3023776687 | | x | 41 | | | | | x | | | | | | | x | | | | | | | | x | | Jandi Espitia |
| 10 | Johan Florian | 1193214817 | cc | 3005520865 | x | | 23 | | | | | x | | | | | | | x | | | | | | | | x | | J. Florian |

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

REGISTRO DE ASISTENCIA



**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** obra de Construcción | **Fecha:** D: 20 M: 11 A: 2024 | **Hora:** 8:00 am.

**ACTIVIDAD: realizar cinco (5) talleres dirigidos a personas que conducen moto taxis, 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.**

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indigena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Jaime Mendoza P. | 1062804764 | cc | 3233831281 | | X | 44 | | | | | X | | | | | | X | | | | | | | | X | | | Jaime Mendoza |
| 2 | Luis Angel Morales | 1062816103 | cc | 3233685337 | | X | 26 | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | X | | | Luis Morales |
| 3 | Jorge Luis Ovalle | 1062810976 | cc | 3235187007 | | X | 30 | | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | X | | | Jorge Ovalle |
| 4 | Jean Carlos Ortiz | 1062815732 | cc | 3219335239 | | X | 25 | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | X | | | Jean C. Ortiz |
| 5 | Humberto Perez G | 1235251951 | cc | 3176855415 | | X | 38 | | | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | X | | | Humberto P. |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | **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.

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

**Becerril - Cesar, Noviembre 14 de 2024**

NOV-14-2024
11:18 AM

Doctora:
**SILVIA PIZARRO**
Secretaria Local 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:** 18, 19 y 20 de Noviembre 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

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

**Becerril - Cesar, Noviembre 14 de 2024**

NOV. 14-2024
11:18 am

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:** 18, 19 y 20 de Noviembre 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

**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 Octubre al 27 de Noviembre 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:** | Diferentes barrios de la cabecera municipal |
| **FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD:** | 18, 19 y 20 de Noviembre del 2024<br>A partir de las 8:00 AM |
| **RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD** | Laura Carolina Arango Lozada |

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:**

- **OBJETIVOS:** Generar una cultura d promoción y prevención de riesgos laborales en la población informal del municipio.

- **PLANEACIÓN:** El día jueves 14 de Noviembre 2024 se extendió la invitación a las diferentes entidades, por medios de los oficios tales como la alcaldía municipal; secretaria de salud municipal; a la doctora Arelis Álvarez, referente de salud mental y ámbito laboral en el municipio de Becerril –Cesar.

- **FECHAS Y DURACION DE LA ACTIVIDAD:**
  Se desarrolla durante los días 18, 19 y 20 de noviembre con una duración de 40 minutos por caracterización con un promedio de 8 por día.

- **INTRODUCCION DE LA ACTIVIDAD:** realizar 25 caracterizaciones en identificación de riesgo químico y biológico a los trabajadores informales con actividad económica informal del municipio de Becerril –Cesar, promoviendo conocimiento y resolviendo todas las dudas y la importancia de la identificación de riesgos y la prevención de accidentes en el entorno laboral

- **DESCRIPCION O DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

El día lunes 18 hasta el día miércoles 20 de noviembre desde las 08:00 am se dio inicio a la actividad en el sector del barrio 6 de enero y diferentes sectores donde se lograron las 25 caracterizaciones en población con actividad económica informal.

En estas visitas se realizaron por medio de un aplicativo de un instrumento (encuesta) para la caracterización de la población la cual consta de 95 preguntas; donde se realizó la presentación del porqué y para que estábamos allí y también se dio a conocer la intervención de información en identificación de los riesgos a los que pueden estar expuestos en su actividad económica informal. Cada intervención nos tomó en promedio 40 minutos, se realizó sensibilización sobre los siguientes temas:

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

**IDENTIFICACION DE RIESGOS EN EL ENTORNO LABORAL.**

Tipos de Riesgos comunes:

- RIESGOS FISICOS:
- Caídas de objetos (herramientas, materiales mal almacenados)
- Lesiones por maquinarias o herramientas.
- Exposición a ruidos intensos o temperaturas extremas.
- RIESGOS QUIMICOS:
- Manipulación incorrecta de productos tóxicos (ácidos, solventes, gases).
- Derrame de sustancias peligrosas.
- RIESGOS ERGONOMICOS :
- Posturas inadecuadas.
    - Movimientos repetitivos.
- Diseño deficiente del lugar de trabajo(mesas, sillas)
- RIESGOS PSICOSOCIALES:
- Estrés laboral.
- Sobrecarga de trabajo.

MEDIDAS DE PREVENCION:

- Uso de equipos de protección personal (EPP): cascos, guantes, gafas, zapatos antideslizantes, protectores auditivos.
- Capacitación continúa en procedimientos de seguridad.

Todas estas medidas preventivas son de total vitalidad para minimizar los riesgos que ya se han identificado en el lugar de trabajo tales como condiciones peligrosas y actos inseguros

En conclusión se presenta el anterior informe correspondiente con el soporte de las evidencias establecidas para su ejecución arrojando los siguientes resultados:

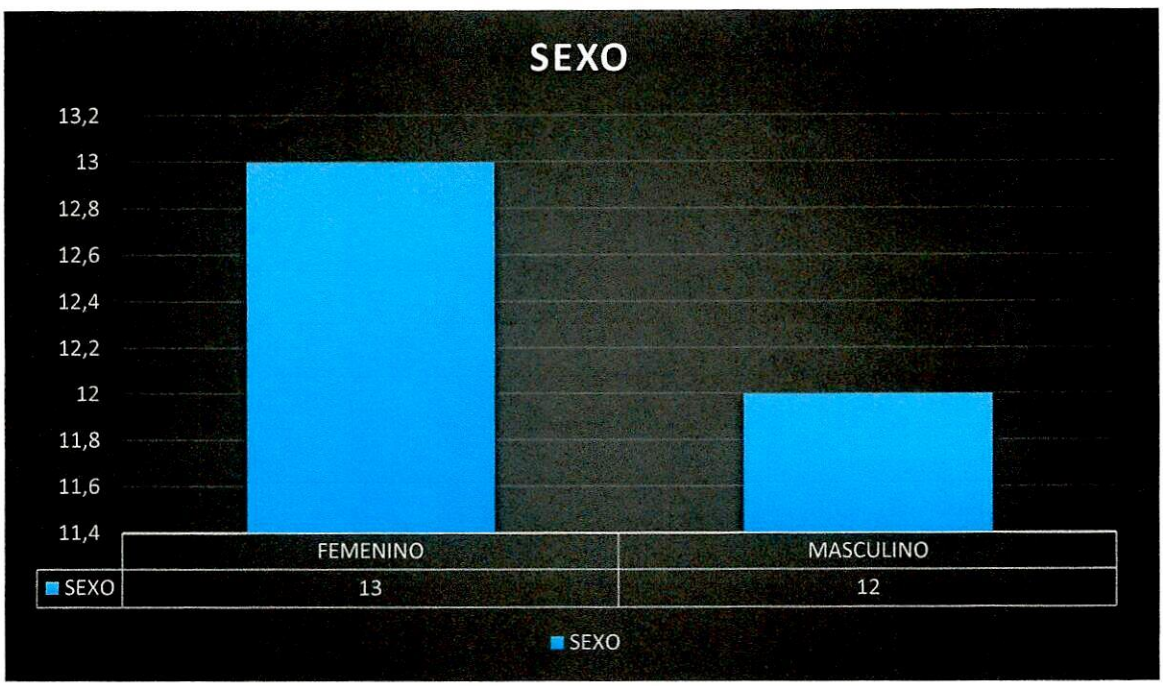
- Generar una cultura de promoción y prevención de Riesgos laborales en la población del sector informal de la economía en el área urbana del municipio.
- Mejorar la calidad de vida de la población trabajadora informal.
- Generar ambientes de trabajo seguros en sus actividades laborales diarias
- Minimizar accidentes de trabajo.
    - Minimizar la informalidad en el trabajo en el municipio de Becerril – Cesar.

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

CARACTERIZACION DE 25 PERSONAS

**GRAFICA 1**

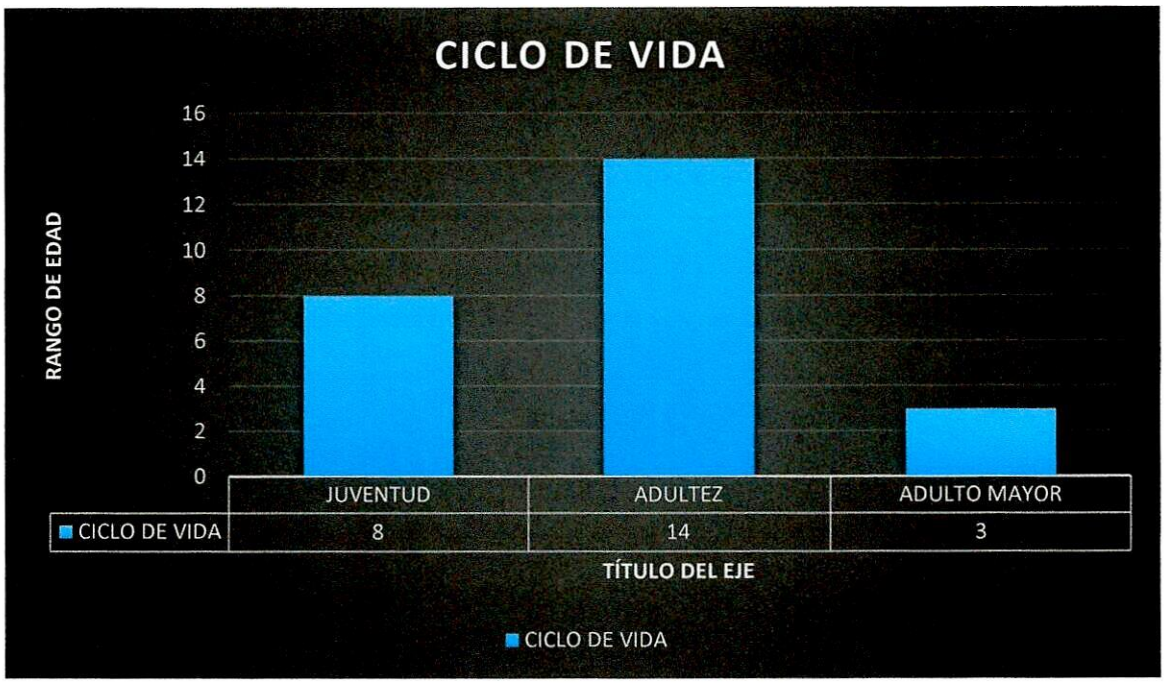



SE EVIDENCIA QUE SE CARACTERIZARON 13 MUJERES Y 12 HOMBRES

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

## GRAFICA 2

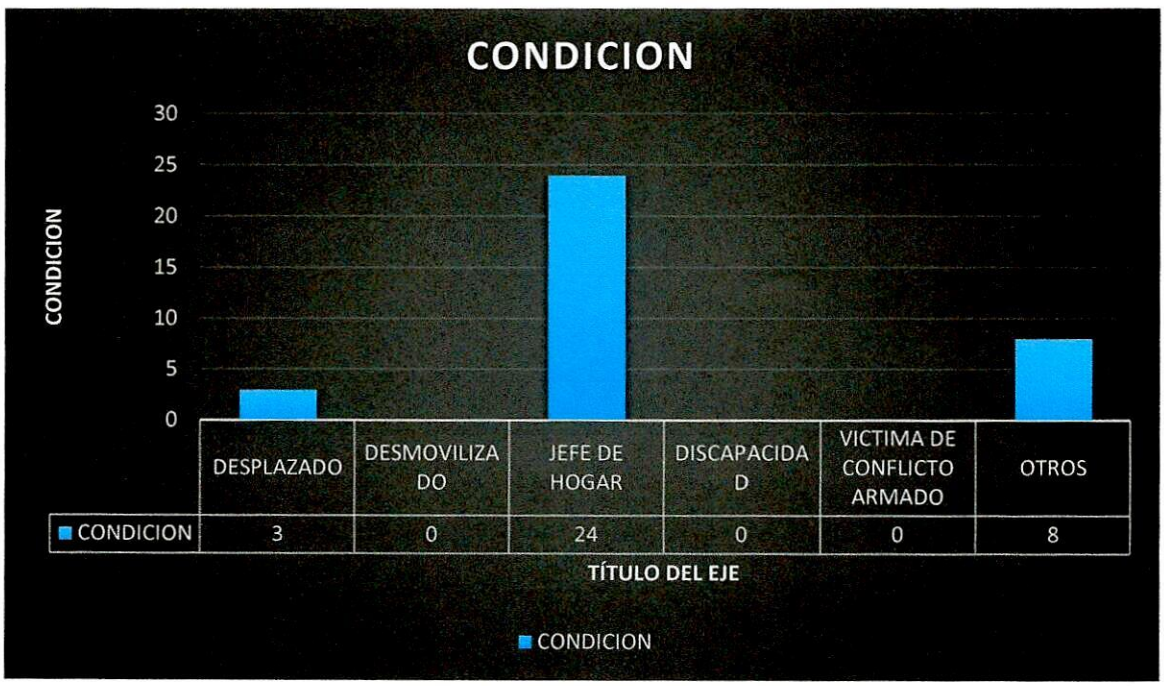


**GRAFICA 3**




la población intervenida pertenece en 80% al régimen subsidiado.

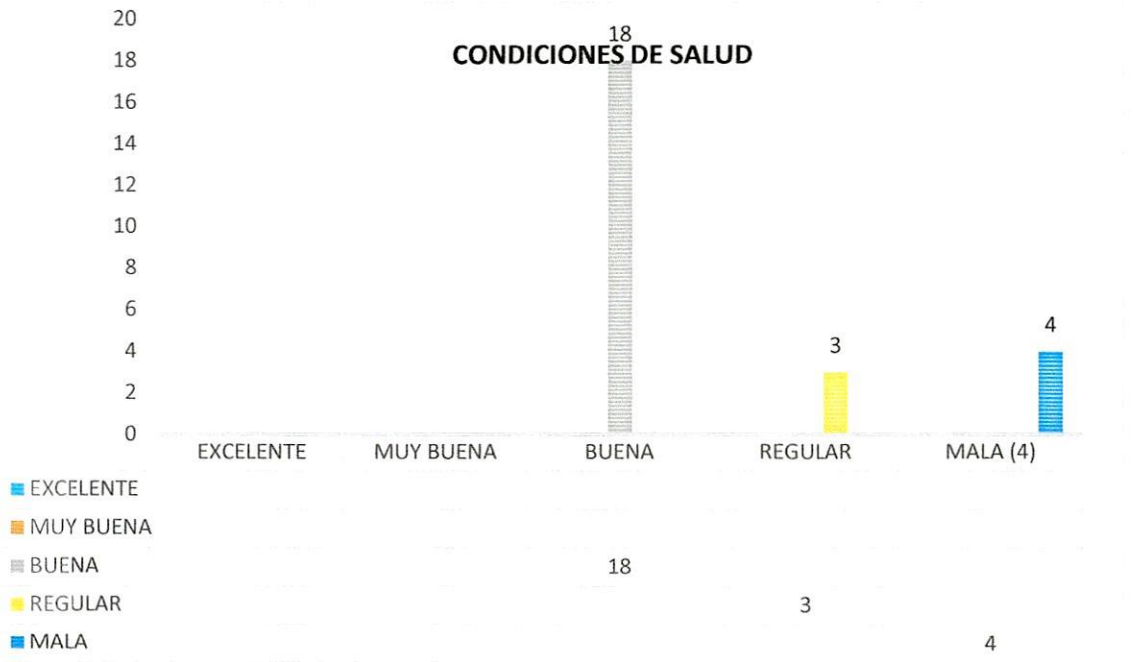
## GRAFICA 4

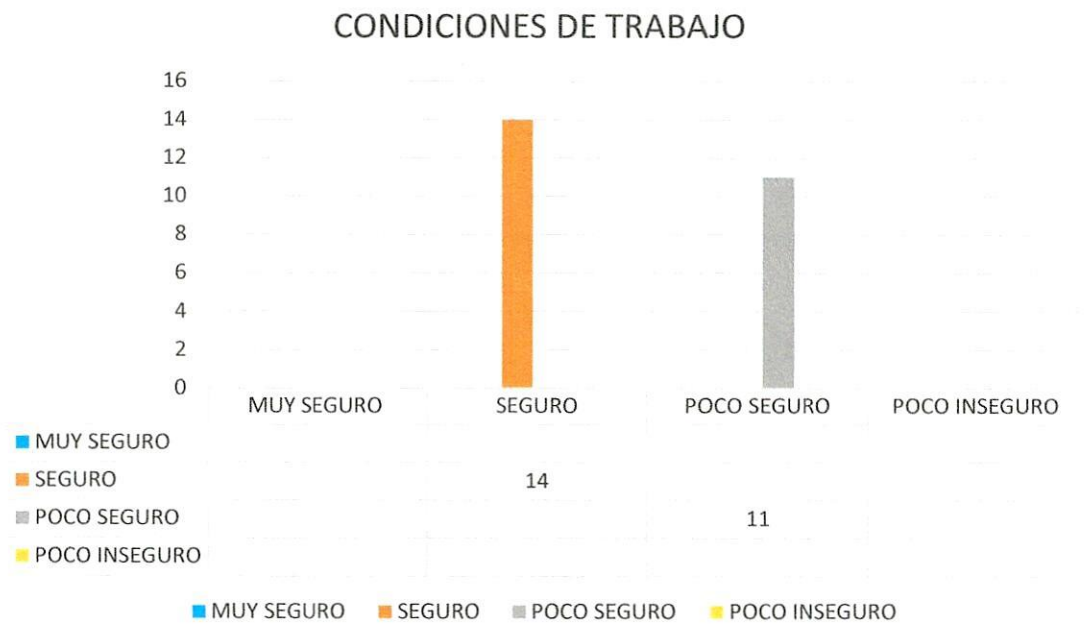

CONDICION
30
25
20
15
10
5
0
CONDICION
DESPLAZADO
DESMOVILIZADO
JEFE DE HOGAR
DISCAPACIDAD
VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
OTROS
CONDICION
3
0
24
0
0
8
TÍTULO DEL EJE
CONDICION

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

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

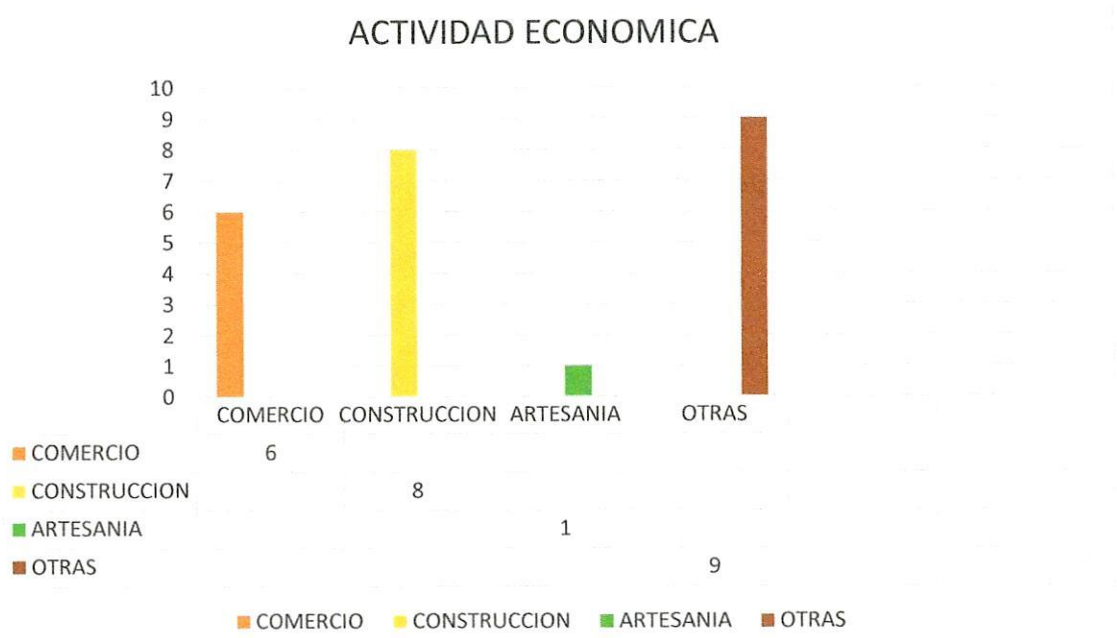


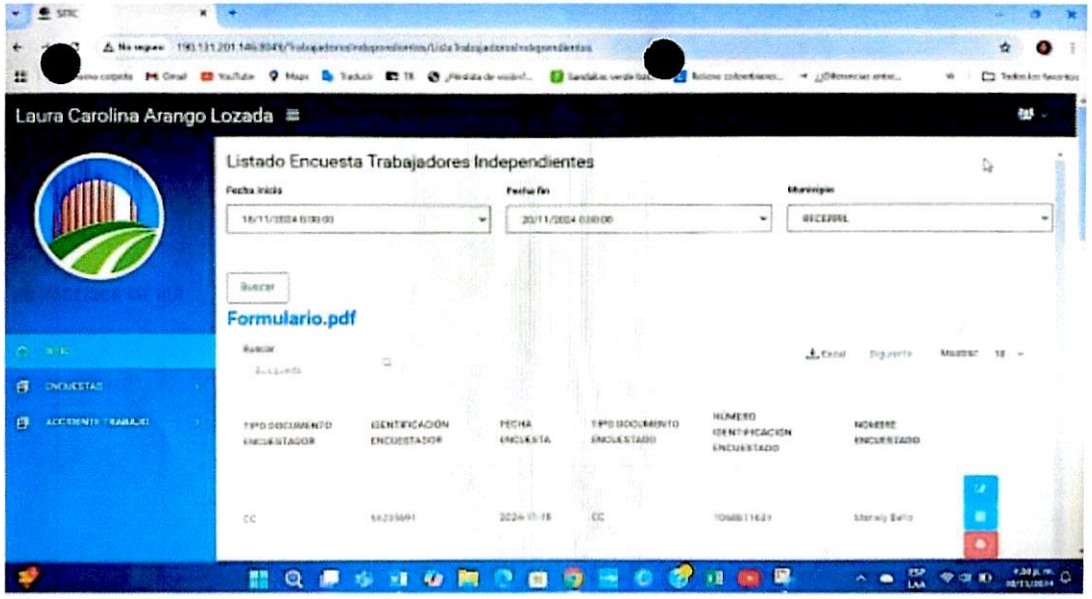



| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** | |

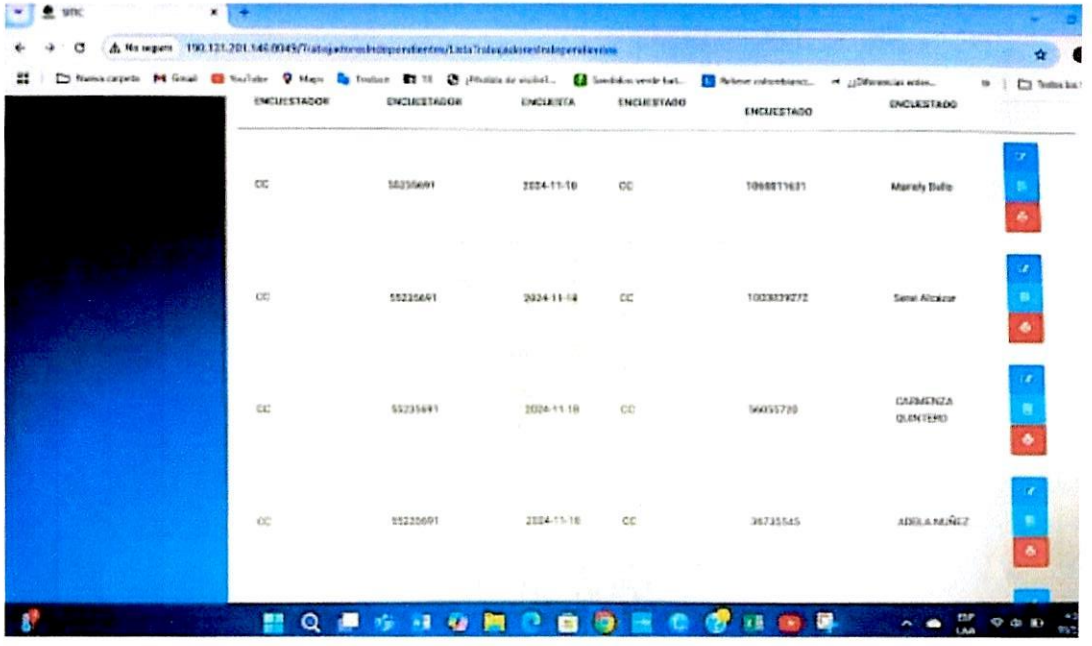
**HOSPITAL SAN JOSE**

**GRAFICOS DE POBLACION CARACTERIZADA 25 PERSONAS INTERVENIDAS**






Scanned with CamScanner




Scanned with CamScanner

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

| | |
|---|---|
| **OBJETIVOS:** | • Generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía en el área urbana. |
| **LOGROS:** | • Caracterizar a los trabajadores informales sobre la importancia de estar afiliado al sistema de riesgos profesionales y explicarle sobre la importancia de identificar los factores de riesgo.<br>• Afianzar los conceptos sobre la importancia de la identificación de riesgos y la prevención de accidentes de trabajo; sobre el uso de elementos de protección personal (EPP); los beneficios que promuevan los entornos de trabajo saludables para lograr disminuir los accidentes de trabajo y enfermedades laborales. |
| **DIFICULTADES:** | Ninguna |
| **ANÁLISIS DE SALUD DE MICROTERRITORIO INTERVENIDO: (APS)** | No aplica |
| **SOPORTE:** | **HOSPITAL SAN JOSE**<br>Evidencia fotográfica, registro de asistencia, copia del contrato profesional entrega de folleto y soportes de pos- test y pre- test |
| **OBSERVACIONES:**<br><br>Se evidencio buena actitud y disposición de parte de la población, mostrándo mucho interés en el tema. | |

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

**HOSPITAL SAN JOSE**

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS CARACTERIZACIONES MES DE NOVIEMBRE









LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

Componente II. INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA.

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 11 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:00 am (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encues CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 55.235.691

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores inform 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Becerril (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1000002305
11. Fecha de nacimiento 2000 11 12 31 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Barbosa
13. Segundo apellido Orozco
14. Primer nombre Anis
15. Segundo nombre Vanesa
16. Dirección residencia MZ 10-40
16.1 Barrio 6 de Enero
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actual? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? Bachiller
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su fam 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 1
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmer 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

### DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál? Independiente
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación
31.1 Barrio 6 de Enero # 10-40
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupació 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) q 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de maner 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocu 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 6
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mens 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [X] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 63 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 168 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo prac 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó 53.1 SI [ ] 53.2. No [X] (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No [X] (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hac 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoacti 58.1 SI [ ] 58.2. No [X] (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y ver 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verdur 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]
63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros s 63.1 SI [✓] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? días 0
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades no 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? NO
69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?
69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]
69.3 Enfermedad común [ ] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)
71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionadas | SI | NO | 71.16.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71. 1. Fractura | | | 71.9 Quemadura | | | |
| 71.2 Luxación | | | 71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergi | | | |
| 71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci{on de musculo o tendón, sin herida | | | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia | | | |
| 71.4 Trauma interno | | | 71.12 Asfixia | | | |
| 71.5 Amputación | | | 71.13 Efecto de la electricidad | | | |
| 71.6. Herida | | | 71.14 Efecto nocivo de la radiación | | | |
| 71.7 Trauma Superficial | | | 71.15 lesiones múltiples | | | |
| 71.8 Golpe, contusión o aplastamiento | | | 71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1) | | | |

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

| Partes del cuerpo afectada | SI | NO | Partes del cuerpo afectada | SI | NO | 72.11.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72.1 Cabeza y cuello | | | 72.7 Manos | | | |
| 72.2 Ojos | | | 72.8 Miembros inferiores | | | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | | 72.9 Pies | | | |
| 72.4 Torax | | | 72.10. Ubicaciones múltiples | | | |
| 72.5 Abdomen | | | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | | |
| 72.6 Miembros superiores | | | | | | |

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

| Causas del accidente (agente) | SI | NO | Causas del accidente (mecanismos) | SI | NO | 73.12.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73.1 Máquinas y/o equipos | | | 73.8 Caídas de personas | | | |
| 73.2 Medios de transporte | | | 73. 9 Caídas de objetos | | | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | | 73.11 Atrapamiento | | | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimi | | | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupació 74.1 SI [ ] 74.2 NO [✓] (Pasar pregunta 75)
75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?
76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?
77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?
77.1 Hospital [ ] 77.2 Puesto de salud [ ] 77.3 Farmacia [ ] 77.4 Consultorio particular [ ] 77.5 Curandero [ ]
77.6 Usted mismo o la familia [ ] 77.7 Ninguno [ ] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días
79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)
79.1 Grupo organizado de trabajadores informales 79.2 El trabajador o la familia [ ] 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]
79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?
80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?
80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?
82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condició 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causa 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

## CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]
85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

| 85.1. PELIGRO FISICO | | 85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL |
|---|---|---|
| 85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo) | NO | 85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) |
| 85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) | NO | 85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | NO | 85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) |
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | NO | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.) |
| 85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada) | NO | 85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, inlciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización) |
| 85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa) | NO | 85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) |
| 85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) | NO | |

| 85.3. PELIGRO BIOLOGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 *Hongos* | | *85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)*, superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto) | |
| 85.3.4 Ricketsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | |
| 85.3.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.) | |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | | 85.4.8 Espacios confinados | |
| 85.5. PELIGRO BIOMECANICO | | 85.6. PELIGRO QUIMICO | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | |
| 85.5.2 Esfuerzo | | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | | 85.6.4 Gases y vapores | |
| | | 85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos) | |
| 85.7.PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES | | | |
| 85.7.1 Sismo | | | |
| 85.7.2 Terremoto | | | |
| 85.7.3 Vendaval | | | |
| 85.7.4 Inundación | | | |
| 85.7.5 Derrumbe | | | |
| 85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas) | | | |

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupaci 86.1 SI [ ] 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) [ ]

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u o 87.1. SI [ ] 87.2. No [ ]

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo 89.1. SI [ ] 89.2. No [X]

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)
90.1. Extintor [ ] 90.2. Botiquín de primeros auxilios [ ] 90.3. Rutas de evacuación [ ] 90.4. Salidas de emergencia [ ]
90.5. Ninguna.

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien d 91.1. Si [ ] 91.2. No [X]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (no 92.1. Si [ ] 92.2. No [X]

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es p 93.1. SI [X] 93.2. No [ ]

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de res 94.1. Si [ ] 94.2. No [X]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos 95.1. Si [ ] 95.2. No [X]

Hora de terminación: 8 4 0 AM

Nombre del Encuestado: Ines Vanessa Barbosa O.

CC: 1000002305

Firma del Encuestador:

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

Componente II. INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA.

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2029/11/18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 9:00 a.m (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encues CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 55235647

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores inform 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Bosconia (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 36733555
11. Fecha de nacimiento: 19/10/1972 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Alvarez
13. Segundo apellido: Graciano
14. Primer nombre: Adela
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: 6 de enero 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular:
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actual? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: [ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su fam 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 2
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 2
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmer 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

### DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál? Comerciante
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación
31.1 Barrio: 6 de enero 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupació 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) q 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocu 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 5
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana 1 2 3 4 5 [X] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mens 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [X] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Caja Cajacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 60 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo prac 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [X]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [X]
57. ¿Con qué frecuencia lo hac 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoacti 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y ver 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verdur 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [X]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☒
63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros s: 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, 64.1 SI ☑ 64.2 NO ☐
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? ☐ días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades nor 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☐
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? ☐
69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?
69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐
69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80) ☒
71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionadas | SI | NO | 71.16.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71. 1. Fractura | | | 71.9 Quemadura | | | |
| 71.2 Luxación | | | 71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergi: | | | |
| 71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida | | | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia | | | |
| 71.4 Trauma interno | | | 71.12 Asfixia | | | |
| 71.5 Amputación | | | 71.13 Efecto de la electricidad | | | |
| 71.6. Herida | | | 71.14 Efecto nocivo de la radiación | | | |
| 71.7 Trauma Superficial | | | 71.15 lesiones múltiples | | | |
| 71.8 Golpe, contusión o aplastamiento | | | 71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1) | | | |

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

| Partes del cuerpo afectada | SI | NO | Partes del cuerpo afectada | SI | NO | 72.11.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72.1 Cabeza y cuello | | | 72.7 Manos | | | |
| 72.2 Ojos | | | 72.8 Miembros inferiores | | | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | | 72.9 Pies | | | |
| 72.4 Torax | | | 72.10. Ubicaciones múltiples | | | |
| 72.5 Abdomen | | | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | | |
| 72.6 Miembros superiores | | | | | | |

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

| Causas del accidente (agente) | SI | NO | Causas del accidente (mecanismos) | SI | NO | 73.12.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73.1 Máquinas y/o equipos | | | 73.8 Caidas de personas | | | |
| 73.2 Medios de transporte | | | 73. 9 Caídas de objetos | | | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | | 73.11 Atrapamiento | | | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimi | | | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupació 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 75)
75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?
76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?
77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?
77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐
77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐ días
79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)
79.1 Grupo organizado de trabajadores informales 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?
80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?
80.1 SI ☐ 80.2 NO ☒ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?
82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condició 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causa 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

## CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
84.1 Muy seguro ☒ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐
85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

| 85.1. PELIGRO FISICO | | 85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL |
|---|---|---|
| 85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo) | NO | 85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) |
| 85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) | NO | 85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | NO | 85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) |
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | NO | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.) |
| 85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada) | NO | 85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización) |
| 85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa) | NO | 85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) |
| 85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) | NO | |

| 85.3. PELIGRO BIOLOGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | | 85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto) | |
| 85.3.4 Ricketsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | |
| 85.3.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.) | |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | | 85.4.8 Espacios confinados | |
| 85.5. PELIGRO BIOMECANICO | | 85.6. PELIGRO QUIMICO | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | |
| 85.5.2 Esfuerzo | | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | | 85.6.4 Gases y vapores | |
| | | 85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos) | |
| 85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES | | | |
| 85.7.1 Sismo | | | |
| 85.7.2 Terremoto | | | |
| 85.7.3 Vendaval | | | |
| 85.7.4 Inundación | | | |
| 85.7.5 Derrumbe | | | |
| 85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas) | | | |

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupaci 86.1 SI [ ] 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) [ ]

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u o 87.1. SI [ ] 87.2. No [ ]

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cóm 89.1. SI [ ] 89.2. No [X]

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)

90.1. Extintor [ ] 90.2. Botiquín de primeros auxilios [ ] 90.3. Rutas de evacuación [ ] 90.4. Salidas de emergencia [ ]

90.5. Ninguna.

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien d 91.1. SI [ ] 91.2. No [X]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (ino 92.1. SI [ ] 92.2. No [X]

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es p 93.1. SI [ ] 93.2. No [ ]

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de res 94.1. SI [ ] 94.2. No [ ]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos 95.1. SI [ ] 95.2. No [ ]

Hora de terminación: 9:46 am

Nombre del Encuestado: Adela Nuñez

CC: 36235545

Firma del Encuestador:

SUBDIRECCION DE RIESGOS LABORALES

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

Componente II. INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA.

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:40 am (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encues CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 55235691

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores inform 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Becerril (tabla)
8. Clase de municiplo 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 10. Número de documento 56055720 11. Fecha de nacimiento 19/12/09/35 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Quintero 13. Segundo apellido Martinez 14. Primer nombre Carmenza 15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Kra 15 # 5-17
16.1 Barrio 6 de Enero 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad [ ] 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actual 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: [ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su fam 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 3 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmer 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

### DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál? Vendedor Ropa
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación
31.1 Barrio 6 de enero 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad [ ] 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupació 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) q 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de maner 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocu 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mens 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [X] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Caprecom
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 55 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 161 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo prac 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [X]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [X]
57. ¿Con qué frecuencia lo hac 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoacti 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y ver 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verdur 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [X] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐
63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros s 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, 64.1 SI ☑ 64.2 NO ☐
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☒
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades no 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☐
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?
69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?
69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐
69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80) ☒
71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionadas | SI | NO | 71.16.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71. 1. Fractura | | | 71.9 Quemadura | | | |
| 71.2 Luxación | | | 71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergi | | | |
| 71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida | | | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia | | | |
| 71.4 Trauma interno | | | 71.12 Asfixia | | | |
| 71.5 Amputación | | | 71.13 Efecto de la electricidad | | | |
| 71.6. Herida | | | 71.14 Efecto nocivo de la radiación | | | |
| 71.7 Trauma Superficial | | | 71.15 lesiones múltiples | | | |
| 71.8 Golpe, contusión o aplastamiento | | | 71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1) | | | |

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

| Partes del cuerpo afectada | SI | NO | Partes del cuerpo afectada | SI | NO | 72.11.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72.1 Cabeza y cuello | | | 72.7 Manos | | | |
| 72.2 Ojos | | | 72.8 Miembros inferiores | | | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | | 72.9 Pies | | | |
| 72.4 Torax | | | 72.10. Ubicaciones múltiples | | | |
| 72.5 Abdomen | | | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | | |
| 72.6 Miembros superiores | | | | | | |

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

| Causas del accidente (agente) | SI | NO | Causas del accidente (mecanismos) | SI | NO | 73.12.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73.1 Máquinas y/o equipos | | | 73.8 Caídas de personas | | | |
| 73.2 Medios de transporte | | | 73. 9 Caídas de objetos | | | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | | 73.11 Atrapamiento | | | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimi | | | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupació 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 75)
75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?
76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?
77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?
77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐
77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días
79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)
79.1 Grupo organizado de trabajadores informales 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?
80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?
80.1 SI ☐ 80.2 NO ☒ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?
82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causac 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

## CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☒ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐
85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

| 85.1. PELIGRO FISICO | | 85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL |
|---|---|---|
| 85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo) | | 85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) |
| 85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) | | 85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | | 85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) |
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.) |
| 85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada) | | 85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, inlciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización) |
| 85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa) | | 85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) |
| 85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) | | |

| 85.3. PELIGRO BIOLOGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | | 85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto) | |
| 85.3.4 Ricketsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | |
| 85.3.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.) | |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | | 85.4.8 Espacios confinados | |
| 85.5. PELIGRO BIOMECANICO | | 85.6. PELIGRO QUIMICO | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | |
| 85.5.2 Esfuerzo | | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | | 85.6.4 Gases y vapores | |
| | | 85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos) | |
| 85.7.PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES | | | |
| 85.7.1 Sismo | | | |
| 85.7.2 Terremoto | | | |
| 85.7.3 Vendaval | | | |
| 85.7.4 Inundación | | | |
| 85.7.5 Derrumbe | | | |
| 85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas) | X | | |

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupaci 86.1 SI [ ] 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) [X]

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u o 87.1. SI [ ] 87.2. No [ ]

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cóm 89.1. SI [ ] 89.2. No [X]

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)
90.1. Extintor [ ] 90.2. Botiquín de primeros auxilios [ ] 90.3. Rutas de evacuación [ ] 90.4. Salidas de emergencia [ ]
90.5. Ninguna.

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien d 91.1. Si [ ] 91.2. No [X]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (ino 92.1. Si [ ] 92.2. No [ ]

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es p 93.1. SI [X] 93.2. No [ ]

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de res 94.1. Si [ ] 94.2. No [X]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos 95.1. SI [ ] 95.2. No [X]

Hora de terminación: 10:40 am

Nombre del Encuestado: Carmenza Quintero

CC: 56055720

Firma del Encuestador:

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

Componente II. INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA.

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 11 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:40 pm (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encues CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de Identificación del encuestador: 55235694

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores inform 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Becerril (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 1003039272
11. Fecha de nacimiento: 2000 10 06 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Alcazar
13. Segundo apellido: Quintero
14. Primer nombre: Sarai
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Kra 13 # 5-19
16.1 Barrio: 6 de Enero
16.2 Centro Poblado:
16.3 Vereda:
16.4 Localidad:
16.4.1. Número de la localidad:
16.5 Comuna:
16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular:
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actual? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [X] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: [ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su fam 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? [ ]
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmer 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

### DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [X] 29.12.1 ¿Cuál? Independiente.
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación
31.1 Barrio:
31.2 Centro Poblado:
31.3 Vereda:
31.4 Localidad:
31.4.1. Número de la localidad:
31.5 Comuna:
31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupació 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Familiar
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) q 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 36.1 Años [0] [2] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de maner: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocu 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mens 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Coocep
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 43 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 156 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo prac [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [X]
57. ¿Con qué frecuencia lo hac 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoacti 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y ver 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verdur 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [X] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☒
63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros s 63.1 SI ☒ 63.2 NO ☐
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☐
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☒
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades no 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☐
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?
69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?
69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐
69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80) ☒
71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionadas | SI | NO | 71.16.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71. 1. Fractura | | | 71.9 Quemadura | | | |
| 71.2 Luxación | | | 71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergi | | | |
| 71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci(on de musculo o tendón, sin herida | | | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia | | | |
| 71.4 Trauma interno | | | 71.12 Asfixia | | | |
| 71.5 Amputación | | | 71.13 Efecto de la electricidad | | | |
| 71.6. Herida | | | 71.14 Efecto nocivo de la radiación | | | |
| 71.7 Trauma Superficial | | | 71.15 lesiones múltiples | | | |
| 71.8 Golpe, contusión o aplastamiento | | | 71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1) | | | |

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

| Partes del cuerpo afectada | SI | NO | Partes del cuerpo afectada | SI | NO | 72.11.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72.1 Cabeza y cuello | | | 72.7 Manos | | | |
| 72.2 Ojos | | | 72.8 Miembros inferiores | | | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | | 72.9 Pies | | | |
| 72.4 Torax | | | 72.10. Ubicaciones múltiples | | | |
| 72.5 Abdomen | | | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | | |
| 72.6 Miembros superiores | | | | | | |

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

| Causas del accidente (agente) | SI | NO | Causas del accidente (mecanismos) | SI | NO | 73.12.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73.1 Máquinas y/o equipos | | | 73.8 Caídas de personas | | | |
| 73.2 Medios de transporte | | | 73. 9 Caídas de objetos | | | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | | 73.11 Atrapamiento | | | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimi | | | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupació 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 75)
75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?
76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?
77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?
77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐
77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días
79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)
79.1 Grupo organizado de trabajadores informales 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?
80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?
80.1 SI ☐ 80.2 NO ☒ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?
82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causac 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

## CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☒ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐
85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

| 85.1. PELIGRO FÍSICO | | 85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL |
|---|---|---|
| 85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo) | | 85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) |
| 85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) | | 85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | | 85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) |
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.) |
| 85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada) | | 85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización) |
| 85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa) | | 85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) |
| 85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) | | |

| 85.3. PELIGRO BIOLOGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD |
|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) |
| 85.3.2 Bacterias | | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) |
| 85.3.3 *Hongos* | | *85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)*, superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto) |
| 85.3.4 Ricketsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito |
| 85.3.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.) |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | | 85.4.8 Espacios confinados |
| **85.5. PELIGRO BIOMECANICO** | | **85.6. PELIGRO QUIMICO** |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) |
| 85.5.2 Esfuerzo | | 85.6.2 Fibras |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | | 85.6.4 Gases y vapores |
| | | 85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos) |
| **85.7 PELIGRO POR FENOMENOS NATURALES** | | |
| 85.7.1 Sismo | | |
| 85.7.2 Terremoto | | |
| 85.7.3 Vendaval | | |
| 85.7.4 Inundación | | |
| 85.7.5 Derrumbe | | |
| 85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas) | | |

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupaci 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☐

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u o 87.1. SI ☐ 87.2. NO ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cóm 89.1. SI ☐ 89.2. No ☒

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)
90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐
90.5. Ninguna.

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien d 91.1. Si ☐ 91.2. No ☒

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inc 92.1. Si ☐ 92.2. No ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es p 93.1. SI ☒ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de res 94.1. Si ☐ 94.2. No ☒

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos 95.1. Si ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 4:30 PM

Nombre del Encuestado: Sarai Alvarez

cc: 1003039272

Firma del Encuestador:

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

Componente II. INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA.

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI [ ] NO [X]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 02/11/2020 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 02:40 pm. (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encues CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 55235697

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores inform 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Bosconia (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 10. Número de documento 1066811639 11. Fecha de nacimiento 19/09/2016 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bello 13. Segundo apellidos Bueno 14. Primer nombre Maiely 15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Mz C casa 11 #10-03
16.1 Barrio Bosconia 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actual 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: [ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su fam 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 2 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 2
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmer 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

### DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál? Venta de Veris
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación
31.1 Barrio 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupació 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) q 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [08]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de maner 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocu 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana 1 2 3 4 5 6 [X] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mens 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [X] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS.
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 50 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura 150 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo prac 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hac 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [X] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoacti 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y ver 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verdur 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐
63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros s: 63.1 SI ☒ 63.2 NO ☐
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, 64.1 SI ☒ 64.2 NO ☐
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☒
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades nor 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☐
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses?
69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?
69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐
69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80) ☒
71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionadas | SI | NO | 71.16.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71. 1. Fractura | | | 71.9 Quemadura | | | |
| 71.2 Luxación | | | 71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergi | | | |
| 71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de musculo o tendón, sin herida | | | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia | | | |
| 71.4 Trauma interno | | | 71.12 Asfixia | | | |
| 71.5 Amputación | | | 71.13 Efecto de la electricidad | | | |
| 71.6. Herida | | | 71.14 Efecto nocivo de la radiación | | | |
| 71.7 Trauma Superficial | | | 71.15 lesiones múltiples | | | |
| 71.8 Golpe, contusión o aplastamiento | | | 71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1) | | | |

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

| Partes del cuerpo afectada | SI | NO | Partes del cuerpo afectada | SI | NO | 72.11.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72.1 Cabeza y cuello | | | 72.7 Manos | | | |
| 72.2 Ojos | | | 72.8 Miembros inferiores | | | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | | 72.9 Pies | | | |
| 72.4 Torax | | | 72.10. Ubicaciones múltiples | | | |
| 72.5 Abdomen | | | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | | |
| 72.6 Miembros superiores | | | | | | |

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

| Causas del accidente (agente) | SI | NO | Causas del accidente (mecanismos) | SI | NO | 73.12.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73.1 Máquinas y/o equipos | | | 73.8 Caídas de personas | | | |
| 73.2 Medios de transporte | | | 73. 9 Caídas de objetos | | | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | | 73.11 Atrapamiento | | | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimi | | | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupació 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 75)
75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?
76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?
77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?
77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐
77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días
79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)
79.1 Grupo organizado de trabajadores informales 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐
79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?
80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?
80.1 SI ☐ 80.2 NO ☒ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?
82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causac 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

## CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☒ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐
85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

| 85.1. PELIGRO FISICO | | 85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL |
|---|---|---|
| 85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo) | | 85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) |
| 85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) | | 85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | | 85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) |
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.) |
| 85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada) | | 85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización) |
| 85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa) | | 85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) |
| 85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) | | |

| 85.3. PELIGRO BIOLOGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 *Hongos* | | *85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento)*, superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto) | |
| 85.3.4 Ricketsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | |
| 85.3.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.) | |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECANICO** | | **85.6. PELIGRO QUIMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | |
| 85.5.2 Esfuerzo | | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | X | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | | 85.6.4 Gases y vapores | |
| | | 85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos) | |
| **85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES** | | | |
| 85.7.1 Sismo | | | |
| 85.7.2 Terremoto | | | |
| 85.7.3 Vendaval | | | |
| 85.7.4 Inundación | | | |
| 85.7.5 Derrumbe | | | |
| 85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas) | X | | |

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupaci 86.1 SI [ ] 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) [X]

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u o 87.1. SI [ ] 87.2. No [X]

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cóm 89.1. SI [ ] 89.2. No [X]

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (Puede marcar varias opciones)
90.1. Extintor [ ] 90.2. Botiquín de primeros auxilios [ ] 90.3. Rutas de evacuación [ ] 90.4. Salidas de emergencia [ ]
90.5. Ninguna.

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien d 91.1. Si [ ] 91.2. No [X]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (ino 92.1. Si [ ] 92.2. No [ ]

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es p 93.1. Si [X] 93.2. No [ ]

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de res 94.1. Si [ ] 94.2. No [✓]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos 95.1. Si [ ] 95.2. No [X]

Hora de terminación: 3:30 PM

Nombre del Encuestado: Marcela Bello

CC: 1068811631

Firma del Encuestador:

SUBDIRECCION DE RIESGOS LABORALES