E.S.E
HOSPITAL
SAN FRANCISCO DE ASÍS
SAN FRANCISCO - ANTIOQUIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
ENTORNO LABORAL - INFORMAL

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social

Responsables de la Estrategia en el Municipio:	Municipio de:
Fecha:	E.S.E o IPS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA:
Nombre completo: María gladys Jimenez P. Código Familiar: _____

OBJETIVO:
Obtener por medio de una entrevista, información de la dinámica del trabajador informal que ayudará a direccionar las acciones en salud pública en el departamento y los municipios de Antioquia y que contribuyan a la salud en los diferentes entornos: familiar, escolar, laboral y comunitario, de acuerdo con las necesidades encontradas y priorizadas en el marco de la estrategia del Plan de Intervenciones Colectivas.

Es un proceso desarrollado con integridad en el territorio antioqueño, para lograr que la salud sea un interes colectivo y publico, lo que facilita la participación por la defensa de la vida y su dignidad, además de la calidad en la prestación de la asistencia basada en métodos, tecnologías y practicas científicamente fundadas.

CARACTERIZACIÓN Y/O SEGUIMIENTO DEEL TRABAJADOR INFORMAL
La visita GOTIS es el medio por el cual la estrategia del plan de intervenciones colectivas, identificaaquellos riesgos latentes que afecta de manera directa o inderecta a cadamuno de sus integrantes, con su identificacion individual comprendemos las necesidades que cada localidad y sear insumo para planes y gestionar sus posibles soluciones.

Durante la visita GOTIS el promotor de vida realizará unas preguntas a cada integrantes del grupo organizado de trabajadores informales"GOTIS", y sus debidas respuestas serán consignadas en la ficha de caracterizacion.

Durante la visita GOTIS el promotor de vida podrá tomar ***Evidencias Fotográficas*** que exija la visita y el trabajador independiente podrá suspender esta acción en el momento que considere se este extralimitando en funciones y/o este invadiendo su intimidad.

Acepto la toma de Fotografías [X] No acepto la toma de Fotografías [ ]

IMPORTANCIA
La información servirá para diagnosticar las situaciones no evidentes, aspectos y problemáticas que se presentan en las diferentes GOTIS y cada uno de sus integrantes, permitiendo obtener una visión global y descriptiva de las condiciones del entorno laboral para poderlas intervenir siguiendo la ruta metodológica del modelo A.P.S priorizando las necesidades con los trabajadores informales para llegar a la formulación de proyectos intersectoriales.

CONFIDENCIALIDAD
Los promotores de vida y todo el equipo básico de Salud nos comprometemos a recoger fielmente la información suministrada por usted; tratarla con respeto; ser claros en las preguntas; manejar con confidencialidad toda la información suministrada; asignar en las historias familiares un código que reemplace su nombre, de modo que su Identidad no sea revelada durante y después en informes cuando los resultados de la caracterización.

Estaremos disponibles para resolver cualquier inconveniente generado durante su participación en este proyecto. Los resultados serán presentados ante las autoridades en salud de los entes locales, departamentales y nacionales con el fin de ser tenidos en cuenta en la formulación de las políticas públicas. Usted también tendrá acceso a los resultados. El equipo de A.P.S conservara copia de este consentimiento firmado por usted.

COMPENSACIÓN
Por participar usted no recibirá ningún apoyo económico.

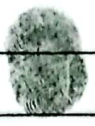
PERSONA CONTACTO CON LA QUE PUEDE COMUNICARSE:
Recuerde que el promotor de vida, es quien debe estar al tanto de todas sus recomendaciones y dudas. De igual modo si tiene cualquier pregunta acerca de la Plan de Intervenciones Colectivas, usted puede comunicarse con:

Nombre: _____ Cargo: _____ Teléfono _____

ACEPTACIÓN
Apreciado paciente su firma (o huella digital) indica que usted ha decidido participar voluntariamente en la estrategia de Atención Primaria en Salud y el diligenciamiento de la ficha de caracterización habiendo leído (o escuchado) la información anterior.

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar; que dicha decisión la tomó en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente.

Su firma abajo indica que usted decidió participar y hacer parte de la estrategia de Plan de Intervenciones Colectivaslogo

	NOMBRE COMPLETO	LUGAR	FIRMA	HUELLA
Responsable Familiar:	María Gladys Jimenez	Cristalina	Gladys Jimenez	
Encuestador:	Paola andrea Daza		Paola Daza	

Scanned with CamScanner

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social

ENTORNO LABORAL

Dirección de Atención a las Personas - Salud Pública - Atención Primaria en Salud (APS)

FICHA CARACTERIZACIÓN Y/O SEGUIMIENTO ENTORNO LABORAL INFORMAL

(Encuesta a ser aplicada a cada trabajador integrante del COTIS)

Los campos señalados con * son obligatorios.

Las respuestas resaltadas en GRIS generan un riesgo y/o requieren una gestión para ser solucionado

DATOS GENERALES

1. TIPO DE ENTREVISTA*
2. [X] Caracterización
3. [ ] Seguimiento

1.1 FECHA DE LA ENTREVISTA

CARACTERIZACIÓN	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3
15/12/24			

Fecha de entrevista se ingresa manualmente haciendo referencia al dia en que se realizado la visita

1.2 Usted está afiliado a un GOTIS

1. [ ] Si
2. [X] No (Pase a la pregunta 9)

2. Nombre del Grupo Organizado de Trabajadores Informales "GOTIS"*

3. Tipo de Grupo Organizado de Trabajadores Informales.*

1. [X] Conformado
2. [ ] Identificado

4. Actividad económica del grupo de trabajadores informales (Uni-selección)*

1. [ ] Agricultura
2. [ ] Ganadería
3. [ ] Silvicultura
4. [ ] Pesca
5. [ ] Manufactura
6. [ ] Minería
7. [X] Comercio
8. [ ] Artesano

5. Numero total de trabajadores integrantes del GOTIS*

6. ¿Con que frecuencia se reúne el grupo organizado de trabajadores informales al cual pertenece?*

1. [X] Diario
2. [ ] Semanal
3. [ ] Quincenal
4. [ ] Bimensual
5. [ ] Mensual
6. [ ] Bimestral
7. [ ] Trimestral
8. [ ] Semestral
9. [ ] Anual
10. [ ] Ocasional

7. ¿Qué tipo de eventos realizan? (Selección Multiple)*

1. [ ] Cultura
2. [ ] Deporte
3. [ ] Educación
4. [ ] Ocio
5. [ ] Reunion Informativa
6. [ ] Reuniones toma de decisiones
7. [ ] Rendiciones de cuentas
8. [X] Otras (Pasar a la pregunta 7.1)

7.1 ¿Cuáles?

8. En el grupo organizado de trabajadores informales ¿Tienen alguna comisión o grupo que se preocupen frente al tema de la salud en el trabajo?*

1. [ ] Si
2. [X] No

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

9. Nacionalidad

Colombia

9.1 Departamento de residencia

Antioquia

Scanned with CamScanner

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud
y Protección Social

10. Municipio de residencia
San Francisco

11. ¿Cuál es su zona de residencia? *
1. [X] Urbana
2. [ ] Rural

12. Tipo de documento. (Uniselección)*
1. [X] Cédula de ciudadanía
2. [ ] Cédula de extranjería
3. [ ] Autoridad indígena
4. [ ] Registro civil
5. [ ] Tarjeta de identidad
6. [ ] Menor sin identificación
7. [ ] Carné Diplomático
8. [ ] Salvo Conducto de Permanencia

12. Número de documento de identificación*
43899763

Si el trabajador informal ha sido encuestado desde el entorno familiar, en el sistema se cargará automáticamente la información hasta la pregunta 18

14. Primer Nombre*
Maria

14.1 Segundo Nombre
Gladis

15. Primer Apellido*
Jimenez

15.1 Segundo Apellido
Pamplona

16. Dirección de residencia: *
Sector la mesa vereda la cristalina

17.Dirección de correo electrónico

17. Teléfono (Fijo, celular, vecino):*
3117318913

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Genero:*
1. [ ] Masculino
2. [X] Femenino

19. Fecha de nacimiento*
D[28] / M[MAR] 1973

20. ¿Cuál es su estado civil actualmente?
1. [ ] Casado
2. [ ] Soltero
3. [ ] Viudo
4. [X] Unión libre
5. [ ] Separado
6. [ ] Divorciado

21. ¿Cuál fue su último nivel de escolaridad? *
1. [ ] Preescolar
2. [ ] Básica Primaria Incompleta
3. [ ] Básica Primaria
4. [ ] Básica Secundaria Incompleta
5. [X] Básica Secundaria
6. [ ] Media Técnica Académica Incompleta
7. [ ] Media Técnica Académica
8. [ ] Nivel Superior Incompleto
9. [ ] Nivel Superior
10. [ ] Educación no Formal Incompleta
11. [ ] Educación no Formal
12. [ ] Ninguna (Pasar a la pregunta 23)
13. [ ] No aplica (Pasar a la pregunta 23)

22. ¿Hasta qué grado / bimestre / trimestre / semestre estudió? *
bachiller

23. ¿Es usted cabeza de familia? Es decir, tiene a cargo exclusivo la responsabilidad económica del hogar. *
1. [X] Si (Pasar a la pregunta 24)
2. [ ] No (Pasar a la pregunta 25)

Scanned with CamScanner

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

21. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?

0	2

(Si la respuesta es mayor a Cero "0", Pasar a la pregunta 24.1)

24.1 ¿Cuántos menores de 18 años dependen económicamente de usted?

0	1

25. ¿Con quién comparte los gastos económicos de su familia?
1. X Con el cónyuge
2. ☐ Con nadie
3. ☐ Con otros

26. ¿A qué tipo de población pertenece?
1. ☐ Indígena
2. ☐ Afro Colombiano
3. ☐ Negro
4. ☐ Raizal
5. ☐ ROM
6. ☐ Mestizo
7. X Otro (Pasar a la pregunta 26.1)

26.1 ¿Cuál?

27. ¿Se encuentra usted en alguna de las siguientes situaciones?
1. X Población víctima (Pasar a la pregunta 27.2)
2. ☐ Desmovilizado (Pasar a la pregunta 28)
3. ☐ Desplazamiento desastre natural (pasar a la pregunta 28)
4. ☐ Ninguna de las anteriores (Pasar a la pregunta 28)
5. ☐ Otro (Pasar a la pregunta 27.1)

27.1 ¿Cuál?

Desplazada por la violencia

27.2 Hechos Victimizantes (Selección Múltiple)
1. X Desplazamiento forzado
2. ☐ Desaparición forzada
3. ☐ Lesiones Personales
4. ☐ Reclutamiento Ilegal de Niños y Adolescentes
5. ☐ Secuestro
6. ☐ Tortura
7. ☐ Amenaza
8. ☐ Pérdida de Bienes Muebles o Inmuebles
9. ☐ Minas Antipersonales y Accidentes con munición sin explotar
10. ☐ Acto Terrorista / Atentados / Combates / Hostigamiento

DATOS SOCIECONOMICOS

28. ¿Usted es propietario del negocio?
1. X Si
2. ☐ No

29. Tipo de Actividad económica que desempeña principalmente (Unicolección)
- X Ventas y/o preparación de alimentos (Pasar a la pregunta 30)
- ☐ Administración, manufactura construcción, reparación, servicio doméstico, transporte público (Pasar a la pregunta 31)
- ☐ Agropecuaria, silvicultura, minera, agricultura (Pasar a la pregunta 32)
- ☐ Otros (pasar a la pregunta 29.1)

29.1 ¿Cuales? (Pasar a la pregunta 29)

Scanned with CamScanner

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud
y Protección Social

30. ¿Cuál es el tipo de producto que vende principalmente? * (Pasar a la pregunta 33)

1. ☐ Mercancía y cacharro
2. ☐ Frutas y verduras
3. ☐ Pescado y carne
4. ☐ Dulces y golosinas
5. ☐ Loteros y juegos de azar
6. ☐ Minutos de celular
7. ☐ Tenderos
8. ☒ Otros (Pasar a la pregunta 30.1

30.1 ¿Cuáles?

Comidas rapidas

31. ¿Cuál es el tipo de servicio ofrece principalmente? * (Pasar a la pregunta 33)

1. ☐ Artesanías
2. ☐ Zapatería y/o lustrabotas
3. ☐ Transporte público
4. ☐ Construcción
5. ☐ Oficios varios
6. ☐ Servicio domestico
7. ☐ Estilista
8. ☐ Masajista
9. ☒ Otros (Pasar a la pregunta 31.1)

31.1 ¿Cuáles?

Comidas Rapidas

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

1. ☐ Recolector
2. ☐ Sembrador
3. ☐ Limpiador
4. ☐ Fumigador
5. ☐ Construcción y mantenimiento de zanjas y cercas
6. ☐ Transporte
7. ☐ Cosecha
8. ☐ Todas las anteriores
9. ☒ Otros (pasar a la pregunta 32.1)

32.1 ¿Cuáles?

33. ¿Cuál es el tipo de venta que usted realiza?*

1. ☒ Ambulante (Pasar a la pregunta 34)
2. ☐ Estacionaria (Pasar a la pregunta 33.1)
3. ☐ Semiestacionaria (Pasar a la pregunta 33.1)

33.1. ¿Cuál es el barrio o sector donde se ubica la venta?*

Sector la media

33.2.¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda?

1. ☒ Si
2. ☐ No

33.3 El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es:

1. ☒ Propia
2. ☐ Arrendada
3. ☐ Prestada
4. ☐ Otro (Pasar a la pregunta 33.1)

33.3.1 ¿Cuáles?

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

Servicios públicos	1. Si	2. No
Energía	X	
Acueducto	X	
Alcantarillado	X	X
Teléfono Fijo		X
Teléfono Móvil	X	
Gas	X	

34. ¿Cuánto tiempo lleva en la actividad económica? (Especifique en cada uno el tiempo)*

1 ☒ Años 2 ☐ Meses 3 ☐ Días

Scanned with CamScanner

35. ¿Cuál es su jornada laboral? *
1 [X] Diurna 2 [ ] Nocturna 3 [ ] Ambas

36. ¿Cuántas horas trabaja al día?* [0] [2]

37. ¿Cuántos días trabaja a la semana?* [3]

38. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales?*
1 [X] Menos de un SMMLV
2. [ ] Entre uno y dos SMMLV
3. [ ] Más de dos SMMLV

39. La vivienda donde habita es* 1
5. [X] Propia
6. [ ] Arrendada
7. [ ] Prestada
8. [ ] Otro (Pasar a la pregunta 39.1)

39.1 ¿Cuáles?

40. Nivel de SISBEN*
1. [ ] 1 5. [ ] 5
2. [X] 2 6. [ ] 0
3. [ ] 3 7. [ ] No está clasificado
4. [ ] 4 8. [ ] No sabe

SEGURIDAD SOCIAL

42. Afiliación a salud*:
1. [X] Sí (Pasar a la pregunta 42.1)
2. [ ] No (Pasar a la pregunta 43)
3. [ ] No sabe (Pasar a la pregunta 43)

42.1 Nombre de la EPS*

Savia Salud

43. Régimen de afiliación*:
1. [ ] Contributivo (Pasar a la pregunta 43.1)
2. [X] Subsidiado (Pasar a la pregunta 46)
3. [ ] Población Pobre No Asegurada (PPNA) (Pasar a la pregunta 46)
4. [ ] Especial / Excepción (Pasar a la pregunta 43.1 – 43.2)

43.1 Tipo de afiliación*:
1. [ ] Cotizante
2. [X] Beneficiario

43.2 ¿Cual régimen Especial / Excepción?*
1. [ ] Magisterio
2. [ ] Fuerzas Militares
3. [ ] Ecopetrol
4. [ ] Universidad
5. [ ] Congreso

44. Afiliación, fondo de pensiones (AFP)*
1. [ ] Sí (Pasar a la pregunta 44.1)
2. [X] No (Pasar a la pregunta 45)
3. [ ] No sabe (Pasar a la pregunta 45)

44.1 Nombre del fondo de pensiones donde se encuentra afiliado*

45. Afiliación a Riesgos Laborales*
1. [ ] Sí (Pasar a la pregunta 45.1)
2. [X] No (Pasar a la pregunta 46)
3. [ ] No sabe (Pasar a la pregunta 46)

45.1 Nombre de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL)*

CONDICIONES DE SALUD

46. ¿Cuál es su peso en kilogramos?* [6 8]

47. ¿Cuál es su estatura en centímetros?* 1 5 8

48. ¿Practica usted algún deporte o ejercicio?*
1. [ ] Sí
2. [X] No (Pasar a la pregunta 49)

48.1 ¿Frecuencia en días a la semana que practica ejercicio*: [ ] Día(s)

48.2 Frecuencia en horas al día que practica ejercicio*: [ ][ ] Horas

Scanned with CamScanner

49. ¿Cuáles de los siguientes hábitos tiene usted?*

1. ☐ Fumador (Pasar a la pregunta 49.1.1)
2. ☐ Ex fumador (Pasar a la pregunta 49.1.1)
3. ☒ No Fumador (Pasar a la pregunta 49.2)

49.1.1 En el caso en que la persona sea fumadora o ex fumadora decir el tiempo que lleva consumiendo cigarrillo o el tiempo que lleva de ex fumador*.

☐ ☐

Años ☐☐ Meses ☐☐ Días ☐☐

49.1.2 En el caso en que la persona sea fumadora o ex fumadora decir en promedio el número de cigarrillos que consume o consumía diariamente*.

☐☐

49.2 Consumo de licor*.

1. ☒ Si (Pasar a la pregunta 49.2.1)
2. ☐ No (Pasar a la pregunta 49.3)

49.2.1 ¿Con qué frecuencia consume licor?

1. ☐ Diario
2. ☐ Semanal
3. ☐ Quincenal
4. ☐ Ocasional

49.3 Consume algún tipo de sustnacias psicoactiva

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 49.3.1)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 49.4)

49.2.1 ¿Cuáles sustancias psicoactivas?*

1. ☐ Drogas de diseño (Éxtasis)
2. ☐ Psicodepresores (Barbitúricos, Benzodiacepinas)
3. ☐ Psicoestimulantes (Cocaína, Anfetamina, Cafeína, Tabaco)
4. ☐ Cannábicos (Marihuana, Hachís)
5. ☐ Opiáceos (Opio, Heroína, Morfina, Codeína)
6. ☐ Opioides (Oxicodona, Hidrocordona, Tramadol)
7. ☐ Volátiles (Disolventes, Lacas, Pegamentos, Pinturas)
8. ☐ Alucinógenos (LSD, Mezcalina, ETC.)

49.4 ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?

1. ☒ Si
2. ☐ No

49.5 ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

1. ☐ Diario
2. ☐ Semanal
3. ☐ Quincenal
4. ☒ Ocasional

49.6. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra?

1. ☒ Si
2. ☐ No

50. Diría usted que en general su salud es

1. ☐ Excelente
2. ☐ Muy buena
3. ☐ Buena
4. ☐ Regular
5. ☐ Mala
6. ☐ Muy mala

Para el diligenciamiento de la pregunta N°51 y 52 escriba en número de días descrito por el trabajador. En caso de respuesta negativa, escribir 0 en el espacio designado.

51. ¿Cuántos días del último mes NO estuvo bien de su salud física?*

☐☐ días

52. ¿Cuántos días del último mes NO estuvo bien de su salud mental? *

☐☐ días

Si alguna de las respuestas 51 y/o 52 son mayores que cero "0" realizar preguntas 53 a la 55:

53. En el último mes, ¿Durante cuántos días le impidió su mala salud física o mental realizar sus actividades normales, como el cuidado personal, trabajar o participar en actividades recreativas? *

☐☐ Días

54. ¿Donde ocurrió la causa de su problema que le impidió realizar sus actividades normales?*

1. ☐ Trabajo
2. ☐ Hogar
3. ☐ Otro (Pasar a la pregunta 54.1.)

54.1.1 ¿Cuáles?

Scanned with CamScanner

55. En caso de que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas? * (Selección Múltiple)

La Causa fue:	1. Si	2. No
55.1 Accidente Común		
55.2 Accidente Laboral		
55.3 Enfermedad Común	SI	
55.4 Enfermedad Laboral		

56. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente Laboral?

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 56.1)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 65)

56.1 ¿Cuantos accidentes laborales? *

☒☒

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS APLICAN PARA EL ACCIDENTE LABORAL MAS GRAVE QUE HAYA SUFRIDO.

57. El accidente laboral más grave que tuvo en los últimos 12 meses, ¿Qué lesiones le ocasionó? *

Lesiones	1. Si	2. No
57.1 Heridas		
57.2 Lesiones músculo-articulares		
57.3 Golpes		
57.4 Quemaduras		
57.5 Fracturas		
57.6 Intoxicación		
57.7 Amputación		
57.8 Otras (Pasar a la pregunta 57.8.1)		

57.8.1 ¿Cuál?*

57. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente laboral? *

Partes del cuerpo	1. Si	2. No
58.1 Cabeza		
58.2 Cuello		
58.3 Ojos		
58.4 Organos de los Sentidos		
58.5 Columna y/o Tronco		
58.6 Manos		
58.7 Dedos de las Manos		
58.8 Brazo		
58.9 Antebrazo		
58.10 Pies		
58.11 Dedos de los Pies		
58.12 Piernas		
58.13 Zona Genital		
58.14 Afectación General (Intoxicación)		
58.15 Otra (Pasar a la pregunta 58.15.1)		

58.15.1 ¿Cuál? *

58. ¿Cuál fue la causa del accidente laboral? *

Causas	1. Si	2. No
59.1 Caída		
59.2 Instrumento Corto Punzante		
59.3 Lanzamiento o caída de objetos		
59.4 Vehículo de transporte		
59.5 Fuego o sustancia quemante		
59.6 Envenenamiento		
59.7 Mordeduras		
59.8 Cuerpo extraño		
59.9 Sobre Esfuerzo		
59.10 Agresión física o actos violentos		
59.11 Atropello		
59.12 Otras (Pasar a la pregunta 59.12.1)		

59.12.1 ¿Cuál?*

Scanned with CamScanner

60. Usted informó su accidente laboral?*

1. ☐ SI (Pasar a la pregunta 61)
2. ☐ NO (Pasar a la pregunta 60.1)

60.1 ¿Por qué no informó el accidente laboral?*

1. ☐ No sabía a quién informar
2. ☐ Se le olvidó
3. ☐ El empleador no lo dejó reportar
4. ☐ Temor a perder el empleo
5. ☐ Otra. (Pasar a la pregunta 60.1.1)

60.1.1 ¿Cuál? * (Pasar a la pregunta 62)

61. ¿A cuál de las siguientes entidades le informó que era un accidente ocurrido durante su hora de trabajo? *

1. ☐ Hospital
2. ☐ Grupo Organizado de Trabajadores Informales
3. ☐ ARL
4. ☐ Otra
5. ☐ Ninguna

62. ¿Sitio donde fue atendido su accidente laboral?*

1. ☐ Hospital
2. ☐ Puesto de salud
3. ☐ Farmacia
4. ☐ Consultorio particular
5. ☐ Curandero
6. ☐ Atendido por el trabajador o la familia
7. ☐ Ninguno
8. ☐ Otro

63. ¿Cuántos días faltó al trabajo por el accidente laboral? *

☐☐☐

64. ¿Quién asumió los costos del accidente laboral?*

1. ☐ Grupo Organizado de Trabajadores Informales
2. ☐ El trabajador o la familia
3. ☐ EPS
4. ☐ ARL
5. ☐ Otro

65. En los últimos 12 meses, ¿Le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad laboral? *

1. ☐ SI (Pasar a la pregunta 65.1)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 66)

65.1 ¿Cuál es esta enfermedad? *

66. ¿Presenta alguna condición de discapacidad?*

1. ☐ SI (Pasar a la pregunta 66.1)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 67)

66.1 Tipo de Discapacidad*

1. ☐ Física
2. ☐ Cognitiva
3. ☐ Sensorial

67. De manera general, considera usted que su puesto de trabajo actualmente es*:

1. ☐ Un lugar muy seguro para trabajar (Pasar a la pregunta 68)
2. ☒ Un lugar seguro para trabajar (Pasar a la pregunta 68)
3. ☐ Un lugar poco seguro para trabajar (Pasar a la pregunta 67.1)
4. ☐ Un lugar muy inseguro para trabajar (Pasar a la pregunta 67.1)

67.1 En caso que el puesto de trabajo se considere poco seguro o muy inseguro, ¿Especifícar por qué? (Selección Múltiple)*

1. ☐ Accidentes de trabajo ocurridos
2. ☐ Enfermedad laboral diagnosticada
3. ☐ Manipulación de herramientas de trabajo
4. ☐ Falta de elementos de protección personal
5. ☐ Ausencia de señales

68. ¿Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? *

	Enfermedades	1. Si	2. No
68.1	Malaria		X
68.2	Leishmaniasis		X
68.3	Hepatitis		X

Scanned with CamScanner

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud
y Protección Social

CONDICIONES DE TRABAJO

RIESGOS DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO

69. En su área de trabajo hay cables de energía pelados, tomas sobre cargados o conexiones defectuosas?

1. ☐ Si
2. ☒ No

70. En su puesto de trabajo ¿usa alguna sustancia de fácil combustión, incendio o explosión?

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 70.1)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 71)

70.1 ¿Cuál?

71. ¿En su puesto de trabajo existe bordes afilados y/o infraestructura defectuosa?

1. ☐ Si
2. ☒ No

72. ¿Utiliza elementos de protección personal en su labor? *

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 72.1)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 74)

72.1. Especifique ¿Qué tipo de protección utiliza menos? *

Elementos de Protección	1. Si	2. No
72.1.1. Prendas de protección para la cabeza		
72.1.2. Pantalla facial		
72.1.3. Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		
72.1.4. Protectores auriculares		
72.1.5. Tapabocas		
72.1.6. Guantes de Malla		
72.1.7. Calzado de seguridad		
72.1.8. Linea de vida		
72.1.9. Ropa contra el frio		

73. Especifique ¿Qué tipo de protección utiliza mas frecuentemente? *

Elementos de Protección	1. Si	2. No
73.1 Sombrero o gorra		
73.2 Guantes		
73.3 Botas		
73.4 Delantal plástico		
73.5 Pantalón (jean)		
73.6 Protector respiratorio		
73.7 Camisa manga larga		
73.8 Gafas		
73.9 Casco		
73.10 Chaleco reflectivo		
73.11 Otros (Pasar a la pregunta 73.12.1)		

73.11.1 ¿Cuál otro Elemento de Protección Personal?

74. En su área de trabajo ¿hay cómo atender el inicio de un incendio? *

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 74.1)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 75)

74.1 En su puesto de trabajo ¿tiene algún equipo contra incendios? *

1. ☐ Si
2. ☒ No

75. En su área de trabajo ¿hay cómo evacuar o salir en caso de emergencia? *

1. ☐ Si
2. ☒ No

76. La gente de la cuadra o del área donde trabaja ¿sabe cómo actuar y que hacer en caso de emergencia? *

1. ☒ Si
2. ☐ No

Scanned with CamScanner

RIESGOS AMBIENTALES

77. En el área de trabajo ¿Se encuentra expuesto a la lluvia?*

1. ☐ Si
2. ☒ No

78. En su área de trabajo ¿siente calor o frío exagerados?*

1. ☒ Si
2. ☐ No

79. En su área de trabajo ¿usted se protege de la radiación solar?*

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☒ No Aplica

80. ¿En el GOTI al cual pertenece se dictan charlas de capacitación sobre seguridad y salud en el entorno laboral?*

1. ☐ Si
2. ☒ No

RIESGOS DE RUIDO

¿En su puesto de trabajo hay ruido tan fuerte que le toca hablar con un tono más alto para la conversación con otros?*

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 82)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 84)

82. En su área de trabajo ¿cuál considera que es la fuente de ruido?*

	Fuentes de Ruido	1. Si	2. No
82.1	Máquinas		
82.2	Carros	X	
82.3	Personas		
82.4	Otros (Pasar a la pregunta 82.4.1)		

82.4.1 Cuáles?*

83. ¿Cuántas horas de su jornada de trabajo esta expuesto al ruido? *

☐☐ Horas

RIESGOS QUÍMICOS

84. En su puesto de trabajo ¿está expuesto a plaguicidas o alguna sustancia química que le produzca malestar? *

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 85)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 99)

85. ¿Se ha intoxicado alguna vez con plaguicidas en los últimos 12 meses? *

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 85.1)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 87)

85.1 Con cual sustancia plaguicida se intoxicó*

86. Cuándo se intoxica ¿con qué frecuencia consulta al sistema de salud? *

1. ☐ Siempre
2. ☐ Ocasionalmente
3. ☐ Nunca

87. ¿Cuál es (son) la sustancia(as) nocivas o tóxicas que utilizó durante los últimos 30 días?*

88. ¿Cuántos días en el último mes manipuló estas sustancias? * ☐☐

89. ¿En la última semana cuántas horas estuvo expuesto a plaguicidas? * ☐☐

90. ¿El empaque de los productos que usa trae información acerca de los peligros de esas sustancias para la salud? *

1. ☐ Si
2. ☒ No

Scanned with CamScanner

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social

91. ¿Sabe qué indica los colores en la etiqueta?*

1. [ ] Si
2. [X] No

92. ¿Cuál es el equipo que utiliza para la aplicación?* (Unicoleccion)

1. [ ] Bomba mecanica de espalda
2. [ ] Bomba eléctrica de espalda
3. [ ] Bomba de tractor
4. [X] No aplica
5. [ ] Otro (Pasar a la pregunta 92.1)

92.1 ¿Cuál?*

93. ¿Después de la aplicación hace lavado de los equipos?*

1. [ ] Si
2. [ ] No

94. ¿Qué hace con los sobrantes de plaguicidas?

Sobrantes Plaguicidas		1. Si	2. No
94.1	Los guarda		
94.2	Los bota		
94.3	Los reutiliza		
94.4	Los entierra		
94.5	Los quema		
94.6	Los combina		

95. ¿Qué hace con la ropa después de la aplicación de plaguicidas? (Selección Múltiple)

1. [ ] Se la cambia antes de llegar a casa
2. [ ] La lava en el lugar de trabajo
3. [ ] Duerme con ella
4. [ ] La lava en la casa aparte de la ropa de los demas miembros de la familia.
5. [ ] La deposita y lava junto con la de los otros miembros de la familia
6. [ ] Continua con ella hasta la hora de acostarse

96. ¿Qué hace con los envases de los plaguicidas? (Selección Múltiple)

1. [ ] Los entierra
2. [X] Los quema
3. [X] Envasa nuevos plaguicidas
4. [X] Almacena agua
5. [X] Almacena alimentos
6. [ ] Los guarda desocupados en casa
7. [ ] Otro (Pasar a la pregunta 96.1)

96.1 ¿Cuál?*

97. ¿Mientras manipula plaguicidas fuma?*

1. [ ] Si
2. [ ] No

98. ¿Por cuantos años ha utilizado plaguicidas en su trabajo? *

[ ][ ] Años

RIESGO SANITARIO

99. En su área de trabajo ¿se siente olor a humedad o recibe malos olores?*

1. [ ] Si
2. [X] No

100. ¿Se recicla en el lugar donde trabaja?*

1. [X] Si
2. [ ] No

101. En el puesto de trabajo se nota presencia de:

		1. Si	2. No
101.1	Roedores		X
101.2	Insectos		X
101.3	Animales domésticos		X
101.4	Otros (Pasar a la pregunta 101.4.1)		

101.4.1 ¿Cuál?*

Scanned with CamScanner

102. ¿En su lugar de trabajo existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos?*

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 103)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 104)

103. ¿Con que frecuencia se realiza la recolección publica de basuras del lugar del trabajo?*

1. ☐ Diario
2. ☐ Cada 2 días
3. ☐ Semanal
4. ☐ Quincenal
5. ☒ Ninguna

104. Alrededor del puesto de trabajo, ¿en ocasiones hay aguas estancadas?*

1. ☐ Si
2. ☒ No

105. En su lugar de trabajo ¿hay condiciones de higiene y limpieza?*

1. ☒ Si
2. ☐ No

106. ¿En su sitio de trabajo hay facilidad de acceso al servicio sanitario, ducha?*

1. ☒ Si
2. ☐ No

107. ¿En su opinión el agua que consume en su lugar de trabajo es limpia?*

1. ☒ Si
2. ☐ No

108. ¿Consume alimentos en el lugar de trabajo?*

1. ☒ Si (Pasar a la pregunta 109)
2. ☐ No (Pasar a la pregunta 110)

109. ¿Se lava las manos antes de consumirlos?*

1. Si
2. ☐ No

110. ¿Ha recibido capacitación en manipulación de alimentos?*

1. ☒
2. ☐ No
3. No Aplica

RIESGO ERGONÓMICO.

111. ¿Su trabajo le exige posturas o movimientos forzados?*

1. ☐ Si
2. ☒ No

112. ¿Su trabajo le exige levantar y desplazar objetos pesados?*

1. ☐ Si
2. ☒ No

112. ¿Su trabajo le exige levantar y desplazar objetos pesados?*

1. ☐ Si
2. ☒ No

113. En su jornada diaria usted*:

JORNADA DIARIA	1. Si	2. No
113.1 Levanta o desplaza cargas pesadas		X
113.2 Realiza movimientos repetitivos de manos y brazos		
113.3 Se mantiene en la misma postura	X	
113.4 Realiza posturas o movimientos forzados		
113.5 Utiliza ayudas mecánicas para el levantamiento de cargas		
113.6 Realiza movimientos bruscos de manos		
113.7 Otra (Pasar a la pregunta 113.7.1)		

113.7.1 ¿Cuál?*

114. En su puesto de trabajo ¿tiene espacio suficiente para moverse fácilmente?*

1. ☒ Si
2. ☐ No

Scanned with CamScanner

RIESGOS DE ORDEN PUBLICO

127. ¿Existe la posibilidad que durante su jornada laboral usted pueda ser víctima de un atraco, robo o asalto?

SI ☐ NO ☐

128. ¿Ha estado involucrado en peleas o riñas en horas de trabajo?

SI ☐ NO ☐

129. ¿Ha habido peleas o riñas alrededor de su puesto de trabajo? *

1. ☐ Si
2. ☒ No

130. ¿Les han robado en los últimos seis meses en su lugar de trabajo?

1. ☐ Si
2. ☒ No

131. ¿Ha presenciado robos en su sitio de trabajo en los últimos seis meses? *

1. ☐ Si
2. ☒ No

132. ¿Usted o sus compañeros de trabajo en el último año han estado expuesto a?

	1. Si	2. No
132.1 Actos de terrorismo		X
132.2 Minas Antipersonas		X
132.3 Desplazado Forzado		X
132.4 Desastres naturales		X

RIESGO BIOLÓGICO

133. ¿Alguna vez lo ha mordido o lo ha picado algún animal estando en el trabajo? *

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 134)
2. ☒ No (Pasar a la pregunta 137)

134. El animal que le causo la mordedura y/o picadura ¿era de tipo venenoso o presentaba síntomas de rabia?*

1. ☐ Si (Pasar a la pregunta 135)
2. ☐ No (Pasar a la pregunta 137)

135 ¿Cuál fue el animal que le causo la mordedura y/o que lo picó? *

136. ¿Sitio donde acudió por la mordedura causada por el animal? *

1. ☐ Hospital
2. ☐ Puesto de salud
3. ☐ Farmacia
4. ☐ Consultorio particular
5. ☐ Curandero
6. ☐ Usted mismo o la familia
7. ☐ Ninguno
8. ☐ Otro

137. ¿Cuáles de las siguientes vacunas le han aplicado? (Selección Múltiple).*

1. ☐ Fiebre amarilla
2. ☐ Antitetánica
3. ☐ Antirrábica
4. ☐ Hepatitis B
5. ☒ No sabe
6. ☐ Otra

137.1 ¿Cuál

PELIGROS

140. Seleccione los peligros físicos con los cuales tiene exposición en su área de trabajo.

	1. Si	2. No
140.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		X
140.2 Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)	X	
140.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		X
140.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	X	
140.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		X
140.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		X
140.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)		X

Scanned with CamScanner

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social

141. Seleccione los peligros psicosociales a los cuales está expuesto en su área de trabajo.

	1. Si	2. No
141.1 Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)		X
141.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)		
141.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	X	
141.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)		
141.5 Interface persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)		X
141.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)		

142 Seleccione los peligros por condiciones de seguridad que está expuesto en su área de trabajo

	1. Si	2. No
142.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)		X
142.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)		
142.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)		X
142.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)		X
142.5 Accidentes de tránsito		
142.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)		X
142.7 Trabajo en alturas		X
142.8 Espacios confinados		X

143. Seleccione los peligros biológicos a los que está expuesto en su área de trabajo

	1. Si	2. No
143.1 Virus		X
143.2 Bacterias		X
143.3 Hongos		X
143.4 Rickettsias		X
143.5 Parásitos		X
143.6 Picaduras		X

144. Seleccione los peligros naturales a los que está expuesto en su área de trabajo

	1. Si	2. No
144.1 Sismo		X
144.2 Terremoto		X
144.3 Vendaval		X
144.4 Inundación		X
144.5 Derrumbe		X
144.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)		X

145. Seleccione los peligros químicos a los que está expuesto en su área de trabajo

	1. Si	2.
145.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)		
145.2 Fibras		
145.3 Líquidos (nieblas y rocíos)		
145.4 Gases y vapores		
145.5 Humos (metálicos, no metálicos)		

EMERGENCIA

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

	1. Si	2
146.1 Extintores		X
146.2 Botiquín de primeros auxilios		X
146.3 Rutas de evacuación		X
147.4 Salidas de emergencia		X
147-5 Ninguno		

146. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quién dirigirse?

1. X Si
2. No

Estas preguntas aplican solo si el trabajador informa es mujer

147. ¿Se encuentra en estado de gestación o embarazo?

1. Si
2. No (Pase a la pregunta 130)
3. No aplica (Pase a la pregunta 139)

148. Ingrese el número de semanas de gestación que tiene

Semanas: ___

149. Fecha probable de parto

Dia___ Mes___ Año____

Scanned with CamScanner

150. ¿Número de controles prenatales a los que ha asistido?

Numero: ____

138. Nombre completo del encuestador

Paola Andrea Jaramillo
cc 1040261270