MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 1 7 1 0 1 3 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 84422980

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [ ] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento
11. Fecha de nacimiento 1 9 5 7 3 0 0 8 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bieber
13. Segundo apellido
14. Primer nombre William
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia El Centro
16.1 Barrio El Centro 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 3017[illegible]
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 0
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [X] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 0
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? No tiene
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? [ ] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? [ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [X] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresion, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 afectados por el accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

| Partes del cuerpo afectado | SI | NO | Partes del cuerpo afectado | 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 Caidas 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X] 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 Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organizacion del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) | |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | | 85.2.3 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ✓ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ✓ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ✓ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 12:08

Nombre del Encuestado: William Bocba

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: [2][0][2][4][0][9][1][6] (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: [0][8][0][0] (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [✓] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador:

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [✓] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [✓] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [✓] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 10. Número de documento 84004847 11. Fecha de nacimiento [1][9][6][0][0][8][3][1] (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bueba 13. Segundo apellido 14. Primer nombre Robinson 15. Segundo nombre
16. Dirección residencia El Centro
16.1 Barrio El Centro 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 [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [✓] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? [0][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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 Veredo
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 ocupación es: 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 [✓] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [✓] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [✓]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ][ ] 36.2 Meses [ ][ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [1][2]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Dusmedico
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### HÁBITOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? [ ][ ] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? [ ][ ][ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? [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 es 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [✓]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [✓] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otros):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 realizarlos?
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X] 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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 | |
| | X | 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | X | 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 barboquejo | | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 11:00

Nombre del Encuestado: Robinson Bula

cc: 84048847

Firma del Encuestador: Yanneth Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 2 4 0 1 0 8 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador:

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 84071376
11. Fecha de nacimiento: 1 9 7 9 0 1 1 2 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mutule
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Ubel
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mira Flores
16.1 Barrio: Mira Flores
16.2 Centro Poblado:
16.3 Vereda:
16.4 Localidad:
16.4.1. Número de la localidad:
16.5 Comuna: [X]
16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular: 3 0 2 2 8 0 1 9 1 6
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 famili 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 5
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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: [X]
31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Telefono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, ese 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [X]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 7 9 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 9 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumió diariamente? 020

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. NO. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [4] 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 verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [✓] 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, consancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 o 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 alerg | | | |
| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimio | | | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [✓] (Pasar pregante 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 de discapaci 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 frio) | | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonia, etc.) | |
| 85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada) | | 85.2.5 Interfaze 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 BIOLÓGICO** | | **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 Electrico (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, (caidas 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 Publicos (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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 Liquidos (nieblas y rocios) | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos quimicos liquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | | 87.7.2 Cinturón de seguridad | | 87.8.2 Alta visibilidad | |
| 87.5.3 Guantes de Neopreno | | 87.6.3 Calzado dieléctrico | | 87.7.3 Arnés | | 87.8.3 Contra el frio | |
| 87.5.4 Guantes de Malla | | 87.6.4 Calzado antiestático | | 87.7.4 Casco con barboquejo | | 87.8.4 Propiedades electroestáticas | |
| | | 87.6.5 Botas de caucho | | 87.7.5 Linea 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI [ ] 91.2. No [ ]

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

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

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

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos liquidos y sólidos? 95.1. SI [✓] 95.2. No [ ]

Hora de terminación: 12:09

Nombre del Encuestado: Uber Muñoz

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD · COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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

### GENERA DATOS DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 2 4 0 9 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador:

### DATOS DE DETALLE DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 92730045
11. Fecha de nacimiento 1 1 0 7 3 0 1 0 8 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Machado
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Vilney
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia El Cardo
16.1 Barrio Centro
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna [X]
16.5.1. Número de la comuna 0 1
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3 0 0 7 2 3 3 2 9 1
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [X] 20.5 Técnico [ ] 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: 0 9
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen ecorómicamente 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 actualmente? 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?
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 Centro
31.1 Barrio Centro
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio o ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [X]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud? 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. Excepturado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? No se
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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? No sabe

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 7 4 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 0 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 2 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? 0 9 meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [0][0]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, bisuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [✓] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 [ ] 693.1 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [✓]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 alerg | | ✓ | |
| 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 ambienteveroenamiento 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 71.15.1) | | ✓ | |

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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 solo 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 relacionadas con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [✓]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO | 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 BIOMECÁNICO** | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | 87.2.2 Gafas de montura integral. | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | 87.4.2 Máscaras para gases |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | |
| | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☐ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: 11:50

Nombre del Encuestado: Yuly Machado

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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

### DATOS GENERALES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 2 M 0 8 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador:

### DATOS DE FILIACIÓN DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Centro (tabla)
7. Municipio de residencia: Centro (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [ ] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento
11. Fecha de nacimiento (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Romero
13. Segundo apellido
14. Primer nombre: Jony
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia: El Centro
16.1 Barrio: El Centro
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna [X]
16.5.1. Número de la comuna: 01
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3003411939
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incompleto [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológico [ ] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 7
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 [X]
31.5.1. Número de la comuna: 01
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 163 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? [0][0]

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. NO. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [✓] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [✓] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [✓] 67.3 Otro [ ]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]

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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupacion? 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 de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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, segmentario) | | 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles. | | 87.3.3 Protectores aurículares | | 87.4.3 Máscaras para vapores | |
| 87.1.4 Sombrero | | 87.2.4 Pantalla facial. | | 87.3.4 Cascos antiruido | | 87.4.4 Mascarillas autofiltrantes | |
| 87.1.5 Gorro o cachucha | | 87.2.5 Pantalla de soldadura de mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI [ ] 91.2. NO [✓]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI [ ] 92.2. NO [ ]

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI [✓] 93.2. NO [ ]

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI [✓] 94.2. NO [ ]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI [✓] 95.2. NO [ ]

Hora de terminación: 12:10

Nombre del Encuestado: Yony Romero

CC: 9153776

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMIA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2017/09/16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [✓] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador:

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [✓] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [✓] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [ ] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento
11. Fecha de nacimiento (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Rico
13. Segundo apellido: Rojas
14. Primer nombre: Omar
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Centro
16.1 Barrio: Centro
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: 01
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3044942523
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

18. Sexo 18.1 M [✓] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [✓] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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 [ ] 22.2. NO [✓]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 SOCIOECONOMICOS

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?
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: Centro
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad: Centro
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 ocupación es: 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 [ ] 34.2 Acueducto [✓] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [✓]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [✓]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [✓] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día?
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [✓] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [✓] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Dusakawi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 72 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 171 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? [0][0][ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [✓] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [✓]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, médulo 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 u 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 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 solo 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 de discapacid 82.1 SI [✓] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

## CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolle 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ✓ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ✓ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ✓ 95.2. No ☐

Hora de terminación: [ ][ ][ ]

Nombre del Encuestado: Omar Rico Ruiz

CC: 84068944

Firma del Encuestador:

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMIA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 2 4 0 2 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 2 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [✓] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 8670667

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [✓] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [✓] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [✓] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 8670667
11. Fecha de nacimiento 1 9 7 2 0 9 0 7 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Perez
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Rafael
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Los Tablones
16.1 Barrio Los Tablones
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 0 5
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3 2 0 3 0 5 2 1 2 9
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [✓] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [✓] 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 [ ] 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 [ ] 22.2. NO [✓]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [✓]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 ocupación es: 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 [ ] 34.2 Acueducto [✓] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [✓]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [✓] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### 5. SEGURIDAD SOCIAL

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

### 6. HÁBITOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 7 0 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 2 centímetros
50. ¿Desarrolla algura actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 54)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? 0 0 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactivo consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con que frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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, consancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [✓]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 algun accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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. ¿Cual 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 Caidas 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, muebles | | | 73.12, Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 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 ocupasión 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 de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnologia, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) | |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | | 85.2.3 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☑

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☑ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☑ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☑ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Rafael Perez

CC 8670667

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 21 02 2017 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [✓] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador:

### DATOS DE UBICACIÓN DEL ENCUESTADO

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [✓] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [✓] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [ ] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 5008552
11. Fecha de nacimiento 14 06 1963 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Martinez
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Jorge
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia San Francisco
16.1 Barrio
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 03
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3166147257
17.2 Teléfono recito
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [✓] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [✓]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 Vendedor ambulante
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 03
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [✓] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [✓] 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 ? 070 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quinceral [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [✓]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [✓]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluyo 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 ocupación? 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 solo 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 de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO [✓] (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 pública, 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☐ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 11:50

Nombre del Encuestado: Jorge Martinez

cc: 5008552

Firma del Encuestador: Emanuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMIA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 09 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08 00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [✓] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador:

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [✓] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [✓] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1124926157
11. Fecha de nacimiento 19 94 08 30 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Paredes
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Alexander
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia San Fernando
16.1 Barrio San Fernando
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 05
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3124961022
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [✓] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [✓]
28. ¿Cual 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 ocupación es: 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [✓]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] [ ] 36.2 Meses [ ] [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ] [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [✓] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Wo Sanar
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 1 62 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad físico? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [✓] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [✓]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [✓] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 lo 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 ¿Cual? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73.1 Máquinas y/o equipos | | | 73.8 Caidas de personas | | | |
| 73.2 Medios de transporte | | | 73. 9 Caidas 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 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 solo 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 de discapaci: 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☑ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☑ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☑ 95.2. NO ☐

Hora de terminación: [ ][ ][ ]

Nombre del Encuestado: Alexander Paredes

CC: 79216157

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 09 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123946525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1124033587
11. Fecha de nacimiento 1999 02 25 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Barros
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Hector
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Kra 16 #6a 41
16.1 Barrio Santander
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 3043737118
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [X] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 02 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? NO tiene
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 62 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumío diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)
71. ¿El accidente más grave relacionado con su ofido u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionadas | SI | NO | 71.16.1 ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71. 1. Fractura | | X | 71.9 Quemadura | | | |
| 71.2 Luxación | | X | 71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergi | | | |
| 71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceraci[on de musculo o tendón, sin herida | | X | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia | | | |
| 71.4 Trauma interno | | X | 71.12 Asfixia | | | |
| 71.5 Amputación | | X | 71.13 Efecto de la electricidad | | | |
| 71.6. Herida | | X | 71.14 Efecto nocivo de la radiación | | | |
| 71.7 Trauma Superficial | | X | 71.15 lesiones múltiples | | | |
| 71.8 Golpe, contusión o aplastamiento | | X | 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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapaci 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
85. Identifique los peligros a que está espuesto 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) | X | 85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitacion, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) | |
| 85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia) | | 85.2.2 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4 Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 BIOLÓGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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 Rickettsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 87.7.2 Cinturón de seguridad | | 87.8.2 Alta visibilidad | |
| 87.5.3 Guantes de Neoprono | | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupaci( 87.1. Si ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

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

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☐ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: 11:10

Nombre del Encuestado: Hector Barros

cc:1124035587

Firma del Encuestador: Marcela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 26/04/16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1215301115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 37184367
11. Fecha de nacimiento 19801112 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Martinez
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Jose
15. Segundo nombre Luis
16. Dirección residencia Cra 15 #15-86
16.1 Barrio Maicao Mio
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 3004612376
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 4
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 Punto Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [05] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Otro
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado? -

### HÁBITOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 85 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales e sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 solo 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | N | 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 Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organizacion del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) | |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | | 85.2.3 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 85.2.6 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: José Martinez

CC: 87184363

Firma del Encuestador: José Martinez

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 08 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08 00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1121530115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [Y] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 39696425
11. Fecha de nacimiento 1983 01 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Determinado
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Cesar
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Un retiro
16.1 Barrio El bosque
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 3116765347
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [N] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 Centro Mercado
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 [N]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [N] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [N] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [0 1] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [N]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Otro
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 80 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 165 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 54)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2 No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médulo espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | | |

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 | | X | 73.8 Caidas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caidas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | |
| 85.3.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden pública, etc.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Cesar Palomino

CC: 91196425

Firma del Encuestador: Cesar Palomino

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 2 4 0 8 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1121530115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 20380902
11. Fecha de nacimiento 1 9 8 5 1 2 2 1 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Montiel
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Danny
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Torres de la Mayapuerta
16.1 Barrio Torres de la Mayapuerta 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 3 2 5 4 6 2 9 7 2 3
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 3
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 28.4.1 ¿Cuál?

### DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarralla?
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?
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 Centro Maicao
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Espacio publico
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [0 1] 36.2 Meses [1 2]
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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [X] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [1 2]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? [ ][ ][3][4][5][6][7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 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 [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva Cajamag
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 9 0 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 3 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? [1][2][3][4][5][6][7] 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ][0] 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? [0 0]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [✓] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [✓] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 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 [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 síntomas) 63.1 SI [✓] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0 0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0 1]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, medula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 reconocimiemo 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 condición de discapack 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, paga, 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 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 | X | 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 Rickettsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Danny Montes

CC:

Firma del Encuestador: Danny Montes

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 29/04/2018 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1122123015

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 1121563954
11. Fecha de nacimiento: 19/12/11/27 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Pushaina
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Ruben
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: La parcela
16.1 Barrio: Ranchería 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: 3137080224
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 06
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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: Centro Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? otro
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 86 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1,64 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63,2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médulo espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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 Rickettsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Ruber Pushaina

cc: 1121563454

Firma del Encuestador: Luz Sibeth.

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 28/12/16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:10 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1121530115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 33308929
11. Fecha de nacimiento 20/10/06/04 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Mariño
13. Segundo apellido Mesa
14. Primer nombre Gloria
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Invasión
16.1 Barrio Simón Bolívar
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 3123164196
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 actualmente? 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 Centro Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 13 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anasuwayu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 80 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [ ][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otros. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 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 | |
| | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☑ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☑ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Clara Manmon.

cc 33309929

Firma del Encuestado: Luz Sibeth

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE ENTRADA

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: 29/04/2016 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio: 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 27184167
11. Fecha de nacimiento: 19/03/01/30 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mendez
13. Segundo apellido: Palomino
14. Primer nombre: Jose
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Carrera 12 - 15 - 41
16.1 Barrio: Centro 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: 3005182621
17.2 Teléfono recado: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyuge [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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: Centro Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 08 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 81.6 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 176 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)
71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los ultimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionadas | SI | NO | 71.16.1 ¿Cual? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 ambienteenvenenamiento 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 ¿Cual? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 Caidas 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapaci: 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnologia, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) | |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | | 85.2.3 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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. PELIGROS 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso multiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☒

93. En su opinión el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. NO ☐

Hora de terminación ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Jose Mendez

cc 77184467

Firma del Encuestado: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 26/04/2016 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1129965525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 3923776
11. Fecha de nacimiento: 19/15/60/21/15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Ledezma
13. Segundo apellido: Guerrero
14. Primer nombre: Jairo
15. Segundo nombre: Antonio
16. Dirección residencia: Calle 19 10-25
16.1 Barrio: maximiliano
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: 3107441791 8
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [X] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
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 [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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: Centro Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [15] 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [08]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. ND [ ] 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? Anaswayuu EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? [96] kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? [180] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzado, 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 88.1. SI ☒ 88.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐

Nombre del Encuestador: Jairo Ledezma

CC 3923776.

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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 05 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08 00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123941525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 1124-006440
11. Fecha de nacimiento 19 08 10 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Moreno
13. Segundo apellido carrillo
14. Primer nombre luciany
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia
16.1 Barrio cresta viva 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 01 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3017338481
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [X] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas deperden económicamente de usted? 00 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 Cuesta Mar c90
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? nueva EPS.
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 100 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 45 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [X]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 agada 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 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 relacionadas con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☐

Hora de terminación: [ | | | ]

Nombre del Encuestado: Luciany Hoyos carrillo

cc: 1144.006.440

Firma del Encuestador: Manuela silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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 12 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1234965235

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 84.042.920
11. Fecha de nacimiento: 1968 08 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Ramirez
13. Segundo apellido: Navarro
14. Primer nombre: Freddy
15. Segundo nombre: de Jesus
16. Dirección residencia: calle 5 # 28
16.1 Barrio: villa Haicao
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad: 02
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3206879547
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 3
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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: Centro Manaure
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuantos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? CAJACOPI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 83 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1,79 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? [0][0]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][1]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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 | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 | X | | |
| 85.7.5 Derrumbe | | | |
| 85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas) | | | |

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,/infrarrojos y visibles. | | 87.3.3 Protectores auriculares | | 87.4.3 Máscaras para vapores | |
| 87.1.4 Sombrero | X | 87.2.4 Pantalla facial. | | 87.3.4 Cascos antiruido | | 87.4.4 Mascarillas autofiltrantes | |
| 87.1.5 Gorro o cachucha | X | 87.2.5 Pantalla de soldadura de mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐

Nombre del Encuestado: Freddy Damian navarro

cc 84.042.920

Firma del Encuestador: Marcela silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 10 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08 09 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1128996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 1104483191
11. Fecha de nacimiento 1973 11 12 29 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido hoyos
13. Segundo apellido ojate
14. Primer nombre Victor
15. Segundo nombre Ruben
16. Dirección residencia calle 11 #21 69
16.1 Barrio Carmen
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad [0 1]
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3017689855
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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 [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 Calle Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 110 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.50 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 0 0

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 alerg | | | |
| 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 intosicación 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]

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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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 | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles. | | 87.3.3 Protectores auriculares | | 87.4.3 Máscaras para vapores | |
| 87.1.4 Sombrero | X | 87.2.4 Pantalla facial. | | 87.3.4 Cascos antiruido | | 87.4.4 Mascarillas autofiltrantes | |
| 87.1.5 Gorro o cachucha | X | 87.2.5 Pantalla de soldadura de mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☑

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☑ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Victor hoyo alzate

cc: 84.043.207

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 2 H 0 8 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 112153 015

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1784764B
11. Fecha de nacimiento 1 9 5 7 0 8 2 1 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Blanco
13. Segundo apellido Pitto
14. Primer nombre Jose
15. Segundo nombre Manuel
16. Dirección residencia Calle 10 Kr 10
16.1 Barrio San José
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 3 1 7 1 0 7 9 1 0 9 3 9
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguno [ ]
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: 0 4
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 4
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 Cuatro Vientos cel.
31.1 Barrio
31.2 Centro Poblado
31.3 Veredo
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 0 7 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anasuxxxx
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 7 7 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 0 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluyo animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
85. Identifique los peligros a que está espuesto 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) | X | 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) | X | 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, iniciativo, 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 BIOLÓGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabeludo. | | 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Jose Blanco

CC: 1784 7048

Firma del Encuestador: Luz Sibeth

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 28 04 2017 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1121530112

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 40880417
11. Fecha de nacimiento 19 82 06 22 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Villadiego
13. Segundo apellido Villar
14. Primer nombre Digna
15. Segundo nombre Esther
16. Dirección residencia Calle 16 # 15 39
16.1 Barrio Concepcion
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 3234791019
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguno [ ]
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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 06
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 Calle 16 Maicao.
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Caprecom
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la ATP a la cual se encuentra afiliado?

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 57 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2 No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caidas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caidas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 quién dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina) 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Diana Villadiego

cc 40886417

Firma del Encuestador: Liz Sibeth

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 22/04/2016 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1121536115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Manaure (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [X] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1006366792
11. Fecha de nacimiento 19/05/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Perez
13. Segundo apellido Suarez
14. Primer nombre Jarper
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Calle 8 cr 19
16.1 Barrio Santander
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 3147340560
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [X] 20.5 Técnico [ ] 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: 10
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen ecorómicamente de usted? 04
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 Centro Manaure
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 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 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? otro
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 90 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Jairo Perez

cc:1006307912

Firma del Encuestador: Wendy Sibeth.

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 6 1 2 4 0 8 2 0 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 1 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1 1 2 1 5 3 0 1 1 5

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1124869154
11. Fecha de nacimiento 1 9 9 7 0 9 2 3 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bossio
13. Segundo apellido Marquez
14. Primer nombre Nasser
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Cr 21 #9 28
16.1 Barrio Carmen
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 3 0 0 2 7 5 7 2 0 6
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [X] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 2
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 Cerro Marcado
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 0 3 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 5 8 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 0 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2 [X] (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 85.3.5 Parasitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | |
| 85.3.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, alteraciones de orden público, etc.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |

| 85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO | | 85.6. PELIGRO QUÍMICO | |
|---|---|---|---|
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 Casco para usos especiales. | | 87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protectores laterales. | | 87.3.1 Orejeras | | 87.4.1 Respiradores | |
| 87.1.2 Cubrecabezas Tipos de protección del cuero cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visible). | | 87.3.3 Protectores auriculares | | 87.4.3 Mascaras para vapores | |
| 87.1.4 Sombrero | | 87.2.4 Pantalla facial. | | 87.3.4 Cascos antiruido | | 87.4.4 Mascarillas autofiltrantes | |
| 87.1.5 Gorro o cachucha | | 87.2.5 Pantalla de soldadura de mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 electromagnéticas | |
| | | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación 89.1. Si ☒ 89.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. Botiquin de primeros auxilios ☐ 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐
90.5 Ninguna X

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

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

93. En su opinión ¿el agua que consume en su lugar de trabajo es potable? 93.1 Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado. NOSSA BUSSO

CC 1124064194

Firma del Encuestador.

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 9 / 4 / 1 1 / 2 0 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 : 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1121833115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 12546845
11. Fecha de nacimiento: 1 9 5 6 0 7 2 0 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Rodriguez
13. Segundo apellido: Felizzola
14. Primer nombre: Daniel
15. Segundo nombre: Alfonso
16. Dirección residencia: Kra 9a calle 19
16.1 Barrio: Santa Isabel
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: 3 0 0 7 7 5 8 0 6 5
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.5 Técnico [ ] 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: 09
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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: Calle 16 Nº 9 - 69
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 04 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 7 5 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 0 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 licer? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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, segmentarla) | | 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Daniel Rodriguez

CC: 1254 6845

Firma del Encuestador: Liz Sibeth

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31123021

¿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: 2 0 2 4 1 8 1 1 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 1 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1117533915

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 92905492
11. Fecha de nacimiento: 1 9 1 5 9 1 1 0 2 4 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Parodo
13. Segundo apellido: Cabarcas
14. Primer nombre: Luis
15. Segundo nombre: Eusebio
16. Dirección residencia: Calle 25
16.1 Barrio: Boyacá España
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: 3 1 0 3 3 3 7 1 1 2
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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: Centro Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 ocupació? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 7 6 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 1 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][1]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 relacionadas con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacit 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Luis Posada

CC:92095492

Firma del Encuestador: Liz Sibeth

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 20 24 08 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08 02 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1121530115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1124036692
11. Fecha de nacimiento 19 92 12 12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Torres
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Maleres
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Calle 14 Cra 15
16.1 Barrio Centro
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 3042401043
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.2 Primaria completa [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.9 Ninguna [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 Centro Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 05 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anasuayu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 49 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

73. ¿Cual 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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | X |
| 85.3.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Nolvis Tovar

cc: 1124636921

Firma del Encuestador: Luz Sibeth

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 20 21 08 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0810 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1122538113

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 19500869
11. Fecha de nacimiento: 19610604 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Osorno
13. Segundo apellido: Arevalo
14. Primer nombre: Gilberto
15. Segundo nombre: Antonio
16. Dirección residencia: Calle 31 9 47
16.1 Barrio: Buenos aires
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: 3008351430
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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: Calle 9 Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? NUEVA EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 054 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisados, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accideme relacionado con su oficio u ocupación? 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 ¿Cual?
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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 BIOLÓGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI [X] 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI [X] 91.2. NO [ ]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI [ ] 92.2. NO [ ]

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI [X] 94.2. NO [ ]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI [ ] 95.2. NO [X]

Hora de terminación: [ ][ ][ ]

Nombre del Encuestado: Gilberto ospino

CC: 19500869

Firma del Encuestador: Luz sibeth

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 26 / 2 / 4 / 0 / 8 / 1 / 6 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 0 8 : 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1122326115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 1524986 2
11. Fecha de nacimiento: 1 9 6 6 0 6 2 5 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Velazquez
13. Segundo apellido: Cordenas
14. Primer nombre: Jose
15. Segundo nombre: David
16. Dirección residencia: Calle 6 #26
16.1 Barrio: 1 de mayo
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: 3 0 0 3 9 0 0 7 3 5
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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: 1 1
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 6
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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: Centro Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 0 7 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anasuscivol
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 7 8 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 9 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántos 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2 No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 Cabera y cuello | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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 Rickettsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐

Nombre del Encuestado: Jose Velazquez

CC: 1524986 2

Firma del Encuestador: Luz Sibeth

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 2 1 0 5 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1122530115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 40877994 11. Fecha de nacimiento 1 9 8 1 0 6 2 0 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Torres 13. Segundo apellido Olite 14. Primer nombre emma 15. Segundo nombre Katerine
16. Dirección residencia Calle 6 Carrera 5e
16.1 Barrio villa Marcos 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 3 0 1 4 1 6 1 0 9 9
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [X] 20.5 Técnico [ ] 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: 0 9
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 5 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 [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 Calle Maicao
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 0 5 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anasuscrito
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 5 5 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 5 9 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. NO. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caidas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caidas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informo del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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. Presion 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Emma Torres

CC: 40877994

Firma del Encuestador: Luz Sibeth.

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 2 4 0 8 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123538115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1860864 44
11. Fecha de nacimiento 1 9 8 0 1 2 2 8 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Ariza
13. Segundo apellido Redondo
14. Primer nombre Nessyel
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Cra 26 # 12 - 65
16.1 Barrio Montañita 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 3 2 5 7 4 9 6 2 3 8
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 actualmente? 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 [X] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 28) [ ] 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?
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 Centro Maicao
31.1 Barrio Centro 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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 dónde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 0 6 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 1 0
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 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? Anas Wayuu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 Si [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 6 3 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 0 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 [X] 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2 NO. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2 NO. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caidas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 solo 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 1060964[illegible]

Firma del Encuestador: [illegible]

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMIA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI ☐ NO ☐

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2017 04 08 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123096525

### DATOS DE UBICACIÓN DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI ☐ 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal ☐ 8.2 Centro poblado ☐ 8.3 Rural disperso ☐
9. Tipo documento 9.1. CC ☐ 9.2. CE ☐ 9.3. TI ☐ 9.4. PA ☐ 9.5. CD ☐
10. Número de documento: 17901055
11. Fecha de nacimiento: 20/01/20/16/01/01 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Bayuelo
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Amaria
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: El Centro 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: 3011262115 06
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F ☐
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado ☐ 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo ☐ 19.4 Unión libre ☐ 19.5 Separado ☐
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta ☐ 20.5 Técnico ☐ 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: 01 01
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI ☐ 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue ☐ 23.3 Con otros ☐
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena ☐ 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado ☐ 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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: Centro 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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio ☐ 33.2 Arrendado [X] 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 ☐ 34.2 Acueducto ☐ 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo ☐ 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas ☐
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO ☐
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 02 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna ☐ 38.3 Mixta ☐ 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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? Ninguna

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 56 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI ☐ 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 54)
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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con que frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, medula 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacir 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación 87.1. Si ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Rayden Ahmary Marcela Silva

CC: 1790105S

Firma del Encuestador:

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 20240911 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0800 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123966523

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: GUAJIRA (tabla)
7. Municipio de residencia: MAICAO (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: 84039321
11. Fecha de nacimiento: 19850101 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mejia
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Jose
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Colombia Libre 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: 3044637491980
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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: 12
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famil? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 2
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 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?
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: Centro 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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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 [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado? Amas Mujer

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 57 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 54)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillas que consume o consumia dianamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 algun accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionados | 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[os de musculo o tendón, sin herida | | ✓ | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento 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, medula 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 Caidas 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 o ocupación?
77. ¿En qué sitio fue atendida 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 solo 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☒

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☑ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 11:2

Nombre del Encuestado: Jose Mejia

CC: 8403932 | Firma del Encuestador: Manuel Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 2 0 2 1 0 8 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (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 12416553
11. Fecha de nacimiento 2 0 0 0 0 5 0 6 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Alguado
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Pris
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Calle 18 # 11 - 51
16.1 Barrio San José
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 3 2 4 3 9 2 3 5 0 6
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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: 0 1
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 4
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29)
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Decastre 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 Riohacha
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [0 8] 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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? Mas vejez

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 6 0 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? [ ] [ ] [ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 es 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 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? [0][0] días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]

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 [ ] 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 músculo o tendón, sin herida | | ✓ | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]

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 Interfaz 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 86.1 Si ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunto 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza | | | | | |

| **87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES** | | **87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES** | | **87.7. OTROS ELEMENTOS** | | **87.8. ROPA DE PROTECCIÓN** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MANOS** | | **PIES** | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupaci 87.1. Si ☐ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Iris Regalado

CC: 1241553

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMIA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 2 1 0 6 1 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 3 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123990525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1109478285
11. Fecha de nacimiento (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Luviano
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Rosmery
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Calle 27 #14-60
16.1 Barrio Pastrana
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 3017601830
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 actualmente? 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 2
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [ ] 29.5 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?
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 Centro
31.1 Barrio Centro
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Espacio público.
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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 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? Cajacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 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 ? 6 8 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 5 0 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [X]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [X]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][2]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 alerg | | ✓ | |
| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 frio) | | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Liquidos (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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles. | | 87.3.3 Protectores auriculares | | 87.4.3 Máscaras para vapores | |
| 87.1.4 Sombrero | X | 87.2.4 Pantalla facial. | | 87.3.4 Cascos antiruido | | 87.4.4 Mascarillas autofiltrantes | |
| 87.1.5 Gorro o cachucha | X | 87.2.5 Pantalla de soldadura de mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 11 4

Nombre del Encuestado: Rosalba J.

CC: 40978255

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 01 18 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 01 20 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1121530115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 1124034882
11. Fecha de nacimiento: 1992 02 23 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Dana
13. Segundo apellido: Haib
14. Primer nombre: Mohamed
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 13 # 11 36
16.1 Barrio: Centro
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: 3003260405
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.2 Primaria completa [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.5 Técnico [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.9 Ninguna [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
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 [ ] 16.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 14.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 05
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? No tiene
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 83 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2 NO. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2 NO. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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, ¿he sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 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 | |
| | X | 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Mohamed Daura

CC: 1124034852

Firma del Encuestado: Luz Bibeth

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 1 2 1 0 1 8 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio 0 2 1 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1122132115

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 84043856
11. Fecha de nacimiento 1 1 9 2 0 2 1 9 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Ayub
13. Segundo apellido Ayub
14. Primer nombre Husam
15. Segundo nombre Ahmed
16. Dirección residencia Calle 12 # 7-29
16.1 Barrio Cerro
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 3017354918013
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 0
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 0 2 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [X] 43.2. Subsidiado. [ ] 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 Pensiones 46.1 Si [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### HÁBITOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 9 0 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 0 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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 Rickettsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☐ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Husam ayam

CC: 84043856

Firma del Encuestado: Liz sibeth

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PRIORITARIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI ☐ NO ☒

Si la respuesta es negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 28/04/2016 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 02:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC ☒ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123946523

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO ☒ 5.2 SI ☐ 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (Tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (Tabla)
8. Clase de municipio: 8.1 Cabecera municipal ☐ 8.2 Centro poblado ☒ 8.3 Rural disperso ☐
9. Tipo documento: 9.1 CC ☒ 9.2 CE ☐ 9.3. TI ☐ 9.4. PA ☐ 9.5. CD ☐
10. Número de documento: 1124009231
11. Fecha de nacimiento: 20/07/1998 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Morales
13. Segundo apellido: Villadiego
14. Primer nombre: Julio
15. Segundo nombre: Cesar
16. Dirección residencia: Calle 7d carrera 23
16.1 Barrio: Los patios
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: 3216330046
17.2 Teléfono otros
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo: 18.1 M ☒ 18.2 F ☐
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado ☐ 19.2 Soltero ☒ 19.3 Viudo ☐ 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 ☐ 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: 08
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI ☐ 22.2. NO ☒
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie ☒ 23.2 Con el cónyugue ☐ 23.3 Con otros ☐
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? ☐
26. ¿A que 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 que condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado ☐ 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 27 ☐ 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?
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 ocupación es: 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 ☒ 34.2 Acueducto ☐ 34.3 Alcantarillado ☒ 34.4 Teléfono fijo ☐ 34.5 Teléfono móvil ☒ 34.6 Gas ☐
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI ☒ 35.2 NO ☐
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 05 36.2 Meses ☐
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante ☒ 37.2 Estacionaria ☐ 37.3 Semiestacionario ☐
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna ☒ 38.2 Nocturna ☐ 38.3 Mixta ☐ 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 ☒
41. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI ☒ 42.2. NO ☐ 42.3. No sabe ☐
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo ☐ 43.2. Subsidiado. ☒ 43.3. Exceptuado o de excepción ☐ 43.4. Especial ☐
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante ☐ 44.2. Beneficiario ☒
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Cajacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI ☐ 46.2. NO ☐ 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 ? 72 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.64 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI ☐ 50.2 NO ☒ (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. [X] (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias inclaye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4 Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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) | | | |
| **85.1. PELIGRO BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.1.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.1.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.1.3 Hongos | X | 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) | |
| 85.1.4 Rickettsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | X |
| 85.1.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | |
| 85.1.6 Picaduras | | 85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.) | X |
| 85.1.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.1.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 Cubrecabellos (gorros de protección del cuero cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso multiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificada las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. NO ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI ☒ 89.2. NO ☐

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

90.1. Botiquín ☐ 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Julia Morales

cc 1124009231

Firma del Encuestado: Morales Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

¿Usted está afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales? SI ☐ NO ☒

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 5 1 2 2 0 1 7 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 0 1 2 5 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC ☒ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996575

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO ☒ 5.2 SI ☐ 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio: 8.1 Cabecera municipal ☐ 8.2 Centro poblado ☒ 8.3 Rural disperso ☐
9. Tipo documento: 9.1 CC ☒ 9.2 CE ☐ 9.3. TI ☐ 9.4. PA ☐ 9.5. CD ☐
10. Número de documento: 1081816536
11. Fecha de nacimiento: 1 9 9 5 0 2 0 2 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Moreno
13. Segundo apellido: Fernandez
14. Primer nombre: Genesis
15. Segundo nombre: Sandira
16. Dirección residencia: Calle 20 #16
16.1 Barrio: Santa Isabel
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: 3 0 1 5 7 3 0 3 3 8
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo: 18.1 M ☐ 18.2 F ☒
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado ☐ 19.2 Soltero ☒ 19.3 Viudo ☐ 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 ☐ 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: 0 5
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI ☒ 22.2. NO ☐
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie ☐ 23.2 Con el cónyugue ☒ 23.3 Con otros ☐
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 4
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 actualmente? 27.1 Desplazado ☐ 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 ☐ 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?
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 ocupación es: 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 ☒ 34.2 Acueducto ☐ 34.3 Alcantarillado ☒ 34.4 Teléfono fijo ☐ 34.5 Teléfono móvil ☒ 34.6 Gas ☐
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI ☒ 35.2 NO ☐
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, ej: 36.1 Años 0 5 36.2 Meses ☐☐
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante ☐ 37.2 Estacionaria ☐ 37.3 Semiestacionaria ☒
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna ☒ 38.2 Nocturna ☐ 38.3 Mixta ☐ 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? ☐☐
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuánto son sus ingresos mensuales? 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 en Salud? 42.1 SI ☒ 42.2. NO ☐ 42.3. No sabe ☐
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo ☐ 43.2. Subsidiado. ☒ 43.3. Excepturado o de excepción ☐ 43.4. Especial ☐
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante ☐ 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 Pensiones 46.1 SI ☐ 46.2. NO ☐ 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? 5 7 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura? 1 6 6 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI ☐ 50.2 NO ☒ (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ][ ][ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2 NO. (Pasar pregunta 58) [X]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2 NO. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 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 [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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones multiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporta | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vives o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4 Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 Interfasa 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 BIOLÓGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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 | X | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | X |
| 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 | X |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | | 85.4.8 Espacios confinados | |
| 85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO | | 85.6. PELIGRO QUÍMICO | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánico, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso multiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Geresis Moreno

C.C. 1081816536

Firma del Encuestado: Geresis Moreno

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Bogotá, D.C., 2017

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 04 09 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 07 00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123946575

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 8394702
11. Fecha de nacimiento 19 09 01 07 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Cuevas
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Electo
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 6 Kr 3 y 4
16.1 Barrio: 1ole mayo
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: 3012866704
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [X] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 05 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anasuscaluu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliada?

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 80 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 85.5.2 Esfuerzo | X | 85.6.2 Fibras | |
| 85.5.3 Movimiento repetitivo | | 85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos) | |
| 85.5.4 Manipulación manual de cargas | X | 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual: 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. X

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐

Nombre del Encuestado: Eleazar Cuevas

cc: 8794702

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 2 0 1 7 1 0 0 8 1 5 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 1 2 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996565

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 26.719.651
11. Fecha de nacimiento: 1 9 9 5 1 1 1 0 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gabalo
13. Segundo apellido: Vallejo
14. Primer nombre: Dina
15. Segundo nombre: Luz
16. Dirección residencia: Calle 19-130 V8
16.1 Barrio: divino niño
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: 3 0 0 7 6 3 5 9 1 4 9
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 actualmente? 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 [X] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 0
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [X] 43.2. Subsidiado. [ ] 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? Nueva EPS.
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 5 0 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 5 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 00

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]

59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): ninguna

60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 No. (Pasar pregunta 62) [X]

61. ¿Con qué frecuencia comume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

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 ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 No. (Pasar pregunta 80) [X]

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 siguiente tabla)

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

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 | | [X] | 72.7 Manos | | [X] | |
| 72.2 Ojos | | [X] | 72.8 Miembros inferiores | | [X] | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | [X] | 72.9 Pies | | [X] | |
| 72.4 Torax | | [X] | 72.10. Ubicaciones múltiples | | [X] | |
| 72.5 Abdomen | | [X] | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | [X] | |
| 72.6 Miembros superiores | | [X] | | | [X] | |

73. ¿Cual 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 | | [X] | 73.8 Caídas de personas | | [X] | |
| 73.2 Medios de transporte | | [X] | 73. 9 Caídas de objetos | | [X] | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | [X] | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | [X] | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | [X] | 73.11 Atrapamiento | | [X] | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | [X] | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | [X] | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | [X] | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | [X] | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | [X] | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | [X] | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | [X] | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | [X] | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? 000 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]

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) | [X] | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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, infraroja, radiofrecuencia, microondas) | | | |
| **85.3. PELIGRO BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 Casco antiruido | | 87.4.4 Mascarillas autofiltrantes | |
| 87.1.5 Gorro o cachucha | | 87.2.5 Pantalla de soldadura de mano. | | | | | |
| | ✓ | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: [ ][ ][ ]

Nombre del Encuestado: Dina Gabalo

CC: 26.719.631

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2016 01 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0200 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 931.563B
11. Fecha de nacimiento 1976 06 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Flores
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Victor
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Calle 7-Kra 16
16.1 Barrio Santander
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad 02
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3011341350623
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famil 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? anas wayuu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 180 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? [0|0]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras): ninguna
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0|0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0|0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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, muebles | | | 73.12. Sobresfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [0|0] 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 condición de discapaci 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | [X] | 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 frio) | | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonia, 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Vicente Flores

cc: 731.568

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 26/12/2016 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0200 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 92.340.36
11. Fecha de nacimiento 19/05/1986 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Garay
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Eliecer
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia calle 39 #10.00.
16.1 Barrio 6 de Mayo
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad 03
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3046152988
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ningano [ ]
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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día?
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? anas wayuu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 00
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): ninguna
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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, consancio u otros síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 00 días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 02
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? 00 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual: 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐

Nombre del Encuestado: Eliecer Galcia

CC: 72.190.38

Firma del Encuestador: Marcela silva

MINSALUD | COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 26/04/2018 (A A A A M M D D) 2. Hora de Inicio: 02:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Hatico (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 1124.002481
11. Fecha de nacimiento 19/06/1976 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Orjuela
13. Segundo apellido Escalona
14. Primer nombre Yesenia
15. Segundo nombre Edith.
16. Dirección residencia Kra 20 calle 3
16.1 Barrio Loma Fresca
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad 01
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3005973271
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 actualmente? 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 [X] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famil 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono Fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? CAJACOPI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 40 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1,40 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 00

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)

59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): ninguna

60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? 00 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ✓

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]

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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☐ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: _____

CC:

Firma del Encuestador: _____

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2017 10 19 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12 00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996.525.

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 79.718.765
11. Fecha de nacimiento: 19 09 1984 03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Berrio 13. Segundo apellido: Diaz 14. Primer nombre: benigno. 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Alle 35 #5-68
16.1 Barrio: Ovidio Maria 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 07 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3010309475 0
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Dusakawi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? [ ] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? [ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 65.1 SI [X] 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 normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 ¿Cual? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 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 de discapack 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupació 87.1. Si ☐ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☐ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Benigno Berrio Diaz

cc: 74.718.765

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 2021041611 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0200 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123906525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 1006896091
11. Fecha de nacimiento 20010111 03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bastida
13. Segundo apellido Acuña
14. Primer nombre Cisney
15. Segundo nombre Paola
16. Dirección residencia Calle 4 carrera 12
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 3214211212
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 actualmente? 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
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 [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 02 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 56 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 Caidas 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO | | 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 BIOMECÁNICO | | 85.6. PELIGRO QUÍMICO | |
|---|---|---|---|
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Lisney bastida

cc: 1006896091

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 20170818 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0200 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123906523

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 56081698
11. Fecha de nacimiento: 19810502 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Caceres
13. Segundo apellido: Uzcano
14. Primer nombre: Liz
15. Segundo nombre: Estela
16. Dirección residencia: CRA 39 27 18
16.1 Barrio: Vinculo Patiño
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: 3011235082512
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [X] 20.5 Técnico [ ] 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: 08
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 02 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 ocupación? 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 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? COMFACOR
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 82 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, bosuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 alerg | | ✓ | |
| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio) | |
| 85.3.5 Parasitos | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Cáceres Luz
CC: 36081698
Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 20120821 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0210 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123966525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [ ] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [X] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 5053269
11. Fecha de nacimiento 19171010 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Hernandez
13. Segundo apellido Osorio
14. Primer nombre NORKIS
15. Segundo nombre Vera
16. Dirección residencia Calle 7 Carrera 24
16.1 Barrio Paraiso
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 3019343137116
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguno [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [X]
20.10.1 ¿Cuál? Profesional
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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 01 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anaswayuu EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 62 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su malo salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [ ][ ] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][1]
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 [ ] 693.1 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 88)
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 siguiente tabla)

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

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 | | V | 72.7 Manos | | V | |
| 72.2 Ojos | | V | 72.8 Miembros inferiores | | V | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | V | 72.9 Pies | | V | |
| 72.4 Torax | | V | 72.10. Ubicaciones múltiples | | V | |
| 72.5 Abdomen | | V | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | V | |
| 72.6 Miembros superiores | | V | | | V | |

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 | | V | 73.8 Caidas de personas | | V | |
| 73.2 Medios de transporte | | V | 73. 9 Caidas de objetos | | V | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | V | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | V | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | V | 73.11 Atrapamiento | | V | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | V | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | V | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | V | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | V | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | V | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | V | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | V | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | V | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 costes 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | V | 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 Caracteristicas de la organización del trabajo (comunicación, tecnologia, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor) | |
| 85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria) | | 85.2.3 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Norkis Hernandez

CC: 5053267

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMIA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 17/12/2018 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123396525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 18402330
11. Fecha de nacimiento 19/05/1980 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Camacho
13. Segundo apellido Tarazueimo
14. Primer nombre yaneth
15. Segundo nombre Josefina
16. Dirección residencia Calle 15 carrera 24
16.1 Barrio Jose Vergara
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 3022119166106
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 actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
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 actualmente? 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 encuentro 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 16 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 ocupación? 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 mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 166 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacir 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Yaneth Camacho
cc 18402330
Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD · COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 1 2 0 9 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 2 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123946525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 51884726
11. Fecha de nacimiento 1 9 1 6 5 1 0 9 1 0 1 7 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Mundiola
13. Segundo apellido
14. Primer nombre W7
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Calle 26 #645
16.1 Barrio Boca Pinilla
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 3 1 0 1 6 5 1 0 7 2 5 3
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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: 0 3
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 3
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 encuentro 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?
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anasuwayu EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 6 4 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 2 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 [ ] 69.3.1 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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(os de musculo o tendón, sin herida | | ✓ | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento 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 Caidas 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 transito y trabajo, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [ ] (Pasar preganta 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Liz Mindiola

cc 51884726

Firma del Encuestador: Manuela Silva.

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 26/04/2021 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio 12:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123906525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 24075056
11. Fecha de nacimiento: 19/07/1987 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Camargo
13. Segundo apellido: Perez
14. Primer nombre: Fabian
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 23 Carrera 1
16.1 Barrio: Santa fe
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: 3114812715210
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguno [ ]
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: 06
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? [ ]
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población perteneces? 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [07] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [08]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? [61] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? [177] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 [ ] 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 lo 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 costes 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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, segmentario) | | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PEUGRO 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Fabian Camarillo

cc: 84075056

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 05 11 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12 00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1113946525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 73375351
11. Fecha de nacimiento 19 62 09 13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Tapia
13. Segundo apellido Arroyo
14. Primer nombre Nestor
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia
16.1 Barrio
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 3147616325
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguno [ ]
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: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 06
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 3
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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. Numero 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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 06 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 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 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Coocosalud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 53 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 5 1 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][2]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Nestor tapia

CC 73375351

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 20170410 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123906523

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 77788359
11. Fecha de nacimiento 19771010 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Sulbaran
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Luis
15. Segundo nombre Carlos
16. Dirección residencia calle 2 carrera 28
16.1 Barrio Vinculo Paico 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 3210669291112
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 3
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2015)
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 06 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? ANASWAYUU EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 71 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 174 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO | | 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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual: 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. NO ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Luis Sulbaran

cc: 77788359

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2017-01-19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 01:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996325

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: (tabla)
7. Municipio de residencia: (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [ ] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [X] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 56090
11. Fecha de nacimiento: 1971-06-24 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gonzalez
13. Segundo apellido: Yanes
14. Primer nombre: Carmen
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Carrera 29a
16.1 Barrio: Villa Nelson
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: 3007216912 74
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años: 06 36.2 Meses: [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 166 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su malo salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [0][0] días
67. ¿Donde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 muscule o tendón, sin herida | | ✓ | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento 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 incluya 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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. ¿Utilizas elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Carmen Gonzalez

CC: 56090

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2017 12 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 02:20 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123906523

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 1123990458
11. Fecha de nacimiento 2001 03 09 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Ordaz
13. Segundo apellido Padilla
14. Primer nombre Luis
15. Segundo nombre David
16. Dirección residencia Calle 23a #7 este 37
16.1 Barrio Villa Amelia 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 3021949118 17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 02 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? AnasWayuu EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 66 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 171 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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, consancio u otros síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Donde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][1]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteinvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Luis Padilla

cc: 1123990458 Manuela Silva

Firma del Encuestador:

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 26/12/2016 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio 02:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123.996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 19.915503
11. Fecha de nacimiento 19/10/1971 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido con tera
13. Segundo apellido acosta
14. Primer nombre nivanor
15. Segundo nombre segundo
16. Dirección residencia Calle 10, Kra. 13
16.1 Barrio con tra
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad 01
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 [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 10
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál? [ ]
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 115 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.55 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [0][0] 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO | | 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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Ricardo contreras toro

CC: 19.515.503

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 26/MAR/16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 02:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1143996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 40.159.771
11. Fecha de nacimiento: 19/FEB/1979 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Paredes
13. Segundo apellido: Cabrera
14. Primer nombre: Maria
15. Segundo nombre: Blanca
16. Dirección residencia: Calle 7 sur #9-10
16.1 Barrio: Flor de aguacate
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad: 04
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3204473238329
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Cajacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 70 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.70 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? [00]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. NO [X] (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): Ninguna
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [00] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [00]
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, ¿he sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO [X] (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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio o ocupación por causa del accidente? [00] 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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, altravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) | | | |
| **85.3. PELIGRO BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |
| **87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES** | | **87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES** | | **87.7. OTROS ELEMENTOS** | | **87.8. ROPA DE PROTECCIÓN** | |
| **MANOS** | | **PIES** | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.2 Cinturón de seguridad | | 87.8.2 Alta visibilidad | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | | 87.7.3 Arnés | | 87.8.3 Contra el frío | |
| 87.5.3 Guantes de Neopreno | | 87.6.3 Calzado dieléctrico | | 87.7.4 Casco con barbuquejo | | 87.8.4 Propiedades electroestáticas | |
| 87.5.4 Guantes de Malla | | 87.6.4 Calzado antiestático | | 87.7.5 Línea de vida | | 87.8.5 Contra calor y | |
| | | 87.6.5 Botas de caucho | | 87.7.6 Mosquetones | | 87.8.6 Soldeo y técnicas | |
| | | | | | | 87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Nana Paredes rahoera
cc: 904.159.7 Manuela silva
Firma del Encuestador:

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 10 07 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 01290 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 24339144
11. Fecha de nacimiento: 19 61 12 12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Sanchez
13. Segundo apellido: PEREZ
14. Primer nombre: Omar
15. Segundo nombre: Heliodoro
16. Dirección residencia: Calle 13 #21-90
16.1 Barrio: alto de paraiso
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: 3012467137719
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.2 Primaria completa [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.9 Ninguna [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 02
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famil 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 05 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 69 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1.61 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 algun accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 alerg | | | |
| 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 ambienteenvenenamiento 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 Caidas de objetos | | | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | | 73.10 Pisados, 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [ ] (Pasar pregunta 75)
75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?
75. ¿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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial [ ] 83.2 Motriz [ ] 83.3 Mental [ ]

## CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolle su oficio u ocupación actualmente, es:
84.1 Muy seguro [ ] 84.2 Seguro [ ] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.5 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI [X] 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 [X]

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: [ ][ ][ ]

Nombre del Encuestado: _____

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2019 08 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 02:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 1124073438
11. Fecha de nacimiento: 1990 06 11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Linero
13. Segundo apellido: Ulloa
14. Primer nombre: Randi
15. Segundo nombre: Jose
16. Dirección residencia: Kra #16-30
16.1 Barrio: Santa Isabel
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: 3154107874
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famil 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [07] 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [08]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? [89] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? [174] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [✓] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, aceleración, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][1]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | | 73.12. Sobresfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 informo del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 le 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 condición de discapacit 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Brandi Jimenez

cc 1124023438

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 20/04/2021 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 2:20 PM (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 3997026
11. Fecha de nacimiento 19/05/02/12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Diaz
13. Segundo apellido Zabaleta
14. Primer nombre Luis
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Carrera 16 calle 4
16.1 Barrio Loma Fresca
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 3218431605
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 06
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 2
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anas Wayuu EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 56 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 176 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar preganta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelarado, problemas familares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Donde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | / | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | / | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI [X] 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 [X]

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: [ ][ ][ ]

Nombre del Encuestado: Luis Dias

cc 3997026

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD | COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 26/11/2017 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0120 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496565

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 39970260
11. Fecha de nacimiento: 19/06/1960 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Contreras
13. Segundo apellido: Epia
14. Primer nombre: Alvaro
15. Segundo nombre: Enrique
16. Dirección residencia: Calle 3 - Kra 21
16.1 Barrio: Parcelas
16.2 Centro Poblado
16.3 Veredo
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad: 04
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3110883954943
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 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? anas wayuu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 52.5 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 00
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): Ninguna
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 00 días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 01
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 [ ] 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caidas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caidas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atragamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? 00 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Alvaro cortera agud

CC: 2949076

Firma del Encuestador: Manuela

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 6 1 1 0 8 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio 0 2 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1 1 2 3 0 0 6 5 2 5

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Uribia (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 56084610
11. Fecha de nacimiento: 1 9 9 1 0 7 0 3 1 9 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: rivera
13. Segundo apellido: salcedo
14. Primer nombre: josias
15. Segundo nombre: maigoth
16. Dirección residencia: Kra 5 # 7 b 6
16.1 Barrio: 11 de Noviembre
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad: 0 3
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3 1 8 4 2 6 7 0 1 8
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 actualmente? 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 [X] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? nueva eps
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 5 0 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 9 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 qué ha dejado de consumirlo? [ ] meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? 00
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 00 días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00
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 [ ] 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO [X] (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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? 15 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **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 | | 85.4.6 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Rosalba Rivera Salcedo

CC: 56.084.676

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD · COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 2017 06 11 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0120 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Hatico (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1-125.999.252
11. Fecha de nacimiento 20010519 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Mora
13. Segundo apellido Jimenez
14. Primer nombre Deimer
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia calle 4 Kra 17
16.1 Barrio Jerma Festa
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad 06
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3019092089
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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?
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 ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Anas Wayuu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 00

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)

59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): ninguna

60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 01

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 ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80) [X]

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 siguiente tabla)

| 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 alerg | | ✓ | |
| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? 00 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]

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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 Neoprono | | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Delma María Simmonds

CC 1123 996527

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 1 7 1 0 1 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 2 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123906795

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 1.123.530.812
11. Fecha de nacimiento 2 0 0 5 0 9 0 3 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Deluque
13. Segundo apellido Barros
14. Primer nombre Mens
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Calle 10. [illegible]
16.1 Barrio Erika
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad 01
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3 0 0 1 4 9 3 4 9 0
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 actualmente? 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 1
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? ANAS WAYUU
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 6 0 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 0 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 00

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)

59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras): ninguna

60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? 00 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]

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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 86.1. SI [X] 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI [X] 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 [X] 90.3. Rutas de evacuación [ ] 90.4. Salidas de emergencia [ ]

90.5. Ninguna.

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI [X] 91.2. NO [ ]

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

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI [X] 94.2. NO [ ]

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI [ ] 95.2. NO [X]

Hora de terminación: [ ][ ][ ]

Nombre del Encuestado: Mars Duque2 Barron

CC: 1121530810

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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 04 19 16 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0200 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1.143965855

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: (tabla)
7. Municipio de residencia: (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [ ] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 36.084335
11. Fecha de nacimiento: 1977 10 18 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Zambrano 13. Segundo apellido: Medina 14. Primer nombre: Nolva 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 10 #155
16.1 Barrio: Libertador 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 06 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3107074089
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 33. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? anas wayuu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 80 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 152 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? 00

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)

59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): ninguna

60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 00 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 00

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 ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80) [X]

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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caidas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caidas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? 00 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]

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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | ✓ | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Nolva Zambrano medina

cc 36 284 235

Firma del Encuestador: Manuela silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 ESCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 2 1 0 9 0 1 0 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: [ ][ ][ ][ ] (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496323

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: GUAJIRA (tabla)
7. Municipio de residencia: MAICAO (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 1107774O
11. Fecha de nacimiento 1 9 8 7 0 5 0 7 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido JESU
13. Segundo apellido
14. Primer nombre JUAN
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia
16.1 Barrio
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 SOCIODEMOGRAFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 25
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, es: 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? SANITAS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### FACTORES Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? [ ][ ] kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? [ ][ ][ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [22]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [01]
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 ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80) [X]
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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 (mecanismo) | 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cual?
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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 ajustado) | | 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: [ ][ ]

Nombre del Encuestado: Luis Soto

cc 1077740

Firma del Encuestador: Manuela Ruiz

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 20170810 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0810 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1739 96323

### DATOS DE GRADOS DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (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: 1739 96412
11. Fecha de nacimiento: 19 ABR 20 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mendoza
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Eddy
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Centro 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 01 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 [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [X]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 cabera de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado? Colfes

### HÁBITOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? [ ] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? [ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? [0][0]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 [ ] 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| Lesiones ocasionadas | SI | NO | Lesiones ocasionadas | SI | NO | 71.16.1 ¿Cual? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 71. 1. Fractura | | ✓ | 71.9 Quemadura | | ✓ | |
| 71.2 Luxación | | ✓ | 71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alerg | | ✓ | |
| 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 ambienteenvenenamiento 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 a 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 Caidas 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (Pasar pregunta 75)
75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?
76. ¿A quién o a cual 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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [0][0] 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 de discapaci 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 objeso) | |
| 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunto 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oidos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojas 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ✓ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ✓ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Fredy Orozco

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 1 2 0 9 0 8 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 4 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123495523

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 1006869453
11. Fecha de nacimiento 1 9 9 8 0 2 1 6 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bian
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Rojo
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia
16.1 Barrio 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 [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado? Ninguno

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? [ ] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? [ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 ocupación? 70.1 [X] 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 frio) | ✓ | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonia, 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, autonomia 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupaci 87.1. Si ☐ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☐ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Baran Pato

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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 01 18 06 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 01:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496575

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (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: 25972875
11. Fecha de nacimiento: 19 06 02 08 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gaviria
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Yhoandis
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Centro
16.2 Centro Poblado:
16.3 Vereda:
16.4 Localidad:
16.4.1. Número de la localidad: 0 [ ]
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 [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilized (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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?
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 ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado? Santes

### ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? [ ] kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? [ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? [0 0]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0 1]
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 ocupación? 70.1 SI [X] 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [0 0] 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 condición de discapaci 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | ✓ | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 Neoprono | | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☑

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☑ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☑ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☑

Hora de terminación: ☐☐

Nombre del Encuestado: Johandis Gonzalez

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE LOS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

### GENERAL: DATOS DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20170901 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0200 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996523

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (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 84073203 11. Fecha de nacimiento 19840901 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Garcia 13. Segundo apellido 14. Primer nombre Luis 15. Segundo nombre
16. Dirección residencia
16.1 Barrio 20 de Enero 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 02 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 [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [X] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

### HÁBITOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 49 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? [ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar progunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 54)
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? [ 0 0 ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 [V] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]
63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0 1 0]
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 ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80) [X]
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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [X] (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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [0 0] 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 térmicos | |
| | | | | | | 87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Luis García

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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

### GENERAL: DATOS DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2017 04 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 91656[illegible]

### DATOS DE JERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 9165645
11. Fecha de nacimiento: 19 89 03 26 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Quiroz
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Roberto
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Vinculos Pulacio 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: 3136259414
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [X] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [X] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 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 ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 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 Pensiones 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?

### HÁBITOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 72 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quinceral [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2 Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 65.1 SI [ ] 65.2 NO [ ]
66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salad física o mental le impidió realizar sus actividades normales? [ ] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 algun accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 incluya 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupacion? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ☐

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utilice 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☐ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: ☐☐

Nombre del Encuestado: Roberto Quiroz

cc: 9165645

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 2 4 0 5 0 9 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 9 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 1065881147
11. Fecha de nacimiento: 1 4 1 2 0 5 1 7 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Amaris
13. Segundo apellido: Ascanio
14. Primer nombre: Jeiner
15. Segundo nombre: Jose
16. Dirección residencia: Calle 24 #21-06
16.1 Barrio: Pastrana
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: 3 0 0 3 1 2 3 0 2 9 0
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 0 5
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 5
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 2
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 [X] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [X] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 0 4 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 9
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? ANASWAYUU EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 6 0 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 0 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][2] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][1]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapaci: 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2 No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 12:00

Nombre del Encuestado: José Deiner Lascarro

cc 1065868147

Firma del Encuestador: Daniela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 21 04 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de Inicio: 09 02 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1124029833
11. Fecha de nacimiento 13 11 07 1212 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Vila
13. Segundo apellido Castellano
14. Primer nombre Carlos
15. Segundo nombre Andres
16. Dirección residencia 26 b 33 - 2
16.1 Barrio Villa meris
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 3010000074148
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [V] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? DUSAKAWI EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 51.0 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][1] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 muscule o tendón, sin herida | | ✓ | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [ ]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 12:00

Nombre del Encuestado: Carlos Andres Castellano

CC: 1124029833

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 09 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 9906 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123946525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1087839056
11. Fecha de nacimiento 1998 02 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Zea
13. Segundo apellido Diaz
14. Primer nombre Alex
15. Segundo nombre Fabian
16. Dirección residencia Calle 11 49-39
16.1 Barrio Centro
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 3213491791
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 27 [ ] 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?
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 ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [Y] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 06 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [ ] 42.2. NO [Y] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 58 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 172 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántos 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][1]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 Caidas 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI [X] 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 [X]

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 12:00

Nombre del Encuestado: Alex Fabia Diaz

cc 1082871056

Firma del Encuestador: Mina Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

Versión: 01 Vigencia: Del 01012015 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: 26/12/2019 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 56087015
11. Fecha de nacimiento 19/03/12/97 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rodriguez
13. Segundo apellido Diaz
14. Primer nombre Romelia
15. Segundo nombre Isabel
16. Dirección residencia Calle 1 #29-31
16.1 Barrio Nazaret
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 3001491810165 18
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 actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
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 famil 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29)
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítico [ ] 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 04 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 ocupación? 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 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud? 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? DUSAKAWI EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, bosuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0] [0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0] [0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapaci: 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo) | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD** | |
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 85.3.5 Parásitos | | 85.4.5 Accidentes de tránsito | X |
| 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 | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 | X | | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles. | | 87.3.3 Protectores auriculares | | 87.4.3 Máscaras para vapores | |
| 87.1.4 Sombrero | X | 87.2.4 Pantalla facial. | | 87.3.4 Cascos antiruido | | 87.4.4 Mascarillas autofiltrantes | |
| 87.1.5 Gorro o cachucha | X | 87.2.5 Pantalla de soldadura de mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 12:00

Nombre del Encuestado: Isabel Romelia Diaz

CC: 56087015

Firma del Encuestador: Marcela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 2 0 2 4 0 9 0 9 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 3 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 91549857
11. Fecha de nacimiento: 1 9 8 9 1 0 1 2 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Pedroza
13. Segundo apellido: Pineros
14. Primer nombre: Fernando
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 10
16.1 Barrio: Jorge Ameth
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: 3014681568
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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 [X]
20.10.1 ¿Cuál? Profesional
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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 07 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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 [ ]
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 Pensiones 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 ? 70 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 180 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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, ¿he sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupacion? 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 siguiente tabla)

| 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 alerg | | ✓ | |
| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 12:05

Nombre del Encuestado: Fernando Pedroza

cc: 91548957

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PRIORICOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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 04 04 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0830 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1240777112
11. Fecha de nacimiento 19980729 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bicon
13. Segundo apellido Acuña
14. Primer nombre Jamiut
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Carrera 17 Calle 17 a v
16.1 Barrio majayray
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 3011302517170
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 02 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anas wayuu EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 59 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][2]
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 [ ] 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 ¿Cual?
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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88.Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: 1400

Nombre del Encuestado: Jamiut Acuña.

cc: 1240777112

Firma del Encuestador: Manuela Silva.

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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: 2 0 1 7 0 9 0 9 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 9 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123906525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 4058992
11. Fecha de nacimiento: 1 9 1 6 0 0 9 1 2 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Blanco
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Manuel
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 6 Carrera 12
16.1 Barrio: Cristo Silva
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: 3 1 4 8 0 7 3 8 0 5
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguno [ ]
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: 1 1
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 1
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [0 8] 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [0 8]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 6 5 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 2 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2 No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 algun accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 ¿Cual?
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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: 11:40 pm

Nombre del Encuestado: Manuel Blanco

cc: 4058972

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 21/04/2017 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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: 84049073
11. Fecha de nacimiento: 19/07/03/24 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Duarte
13. Segundo apellido: Jimenez
14. Primer nombre: Roberto
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 10 # 7-47
16.1 Barrio: Loma Bonita
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: 3249613710713
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 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: 07
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 01 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 66 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 172 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][1]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 Neoprono | | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 89.1. SI [X] 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 [X]
90.5. Ninguna.

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

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

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI [X] 94.2. No ☐

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

Hora de terminación: 12:00

Nombre del Encuestado: Roberto Duarte

CC: 84047073

Firma del Encuestador: Wanela Silva

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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 09 06 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0800 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123906525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 5176932
11. Fecha de nacimiento: 19 07 01 21 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Dimas
13. Segundo apellido: Acosta
14. Primer nombre: Juan
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 22 Carrera 26
16.1 Barrio: Pastrana
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: 3017321396
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, ejc: 36.1 Años [ 0 ] 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mista [ ] 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 mensuales? 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 en Salud ? 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 86 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 173 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupacion? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 Cabera 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacir 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 87.1. SI ☒ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina) 92.1. SI ☐ 92.2. No ☒

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 11:40

Nombre del Encuestado: Juan Acosta

cc: 5176932

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD · COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 29/04/2021 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123065225

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1124077497
11. Fecha de nacimiento 19/06/11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Cuadrado
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Kevin
15. Segundo nombre Jose
16. Dirección residencia Cra 21 # 69 - 83
16.1 Barrio Simon Mejia
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 3004157591
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 3
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? Wayuu
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 SOCIOECONOMICOS

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?
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 Mercado - Centro.
31.1 Barrio Centro
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Espacio público
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 [ ] 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) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, ese 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

### SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 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? Anas Wayuu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 76 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 practica? 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 54)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [X]

## CONDICIONES DE SALUD

62. Diria 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupacion? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 Maquinas y/o equipos | | X | 73.8 Caidas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caidas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 organizadó 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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, helados) | ✓ |

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas infrarrojos y visibles. | | 87.1.3 Protectores auriculares | | 87.4.3 Máscaras para vapores | |
| 87.1.4 Sombrero | ✓ | 87.2.4 Pantalla facial. | | 87.3.4 Cascos antiruido | | 87.4.4 Mascarillas autofiltrantes | |
| 87.1.5 Gorro o cachucha | ✓ | 87.2.5 Pantalla de soldadura de mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

88. Tiene identificadas las posibles emergencias que se pueden presentar en el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación 87.1. Si ☐ 87.2. No ☐

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: 12

Nombre del Encuestado: Kevin Granada

CC: 1124073947

Firma del Encuestador:

MINSALUD · COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA · Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA
2017
SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2019 10 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0900 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123 996 515

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1608863
11. Fecha de nacimiento 19 91 06 13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Garcia 13. Segundo apellido: Arias 14. Primer nombre: Alexandra 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Cll 1 # 35-52
16.1 Barrio: La Floresta 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 05 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3006410911
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [X] 20.5 Técnico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 03
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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: Mercado - Centro
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anas Wayuu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 0 0 ☐

56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI ☒ 56.2. No. (Pasar pregunta 58)

57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario ☐ 57.2 Semanal ☐ 57.3 Quincenal ☐ 57.4 Ocasional ☒

58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI ☐ 58.2. No. (Pasar pregunta 60)

59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): ninguna

60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI ☒ 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)

61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario ☒ 61.2. Semanal ☐ 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 síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☐

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☐

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? 0 0 días

67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☐

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 0 0

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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, médulo 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 de discapacic 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |
| **87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES** | | **87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES** | | **87.7. OTROS ELEMENTOS** | | **87.8. ROPA DE PROTECCIÓN** | |
| **MANOS** | | **PIES** | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.2 Cinturón de seguridad | | 87.8.2 Alta visibilidad | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | | 87.7.3 Arnés | | 87.8.3 Contra el frío | |
| 87.5.3 Guantes de Neopreno | | 87.6.3 Calzado dieléctrico | | 87.7.4 Casco con barbuquejo | | 87.8.4 Propiedades electroestáticas | |
| 87.5.4 Guantes de Malla | | 87.6.4 Calzado antiestático | | 87.7.5 Línea de vida | | 87.8.5 Contra calor y | |
| | | 87.6.5 Botas de caucho | | 87.7.6 Mosquetones | | 87.8.6 Soldeo y técnicas | |
| | | | | | | 87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Barbaglias alexandra

cc: 56.085.642. Manuela silva

Firma del Encuestador:

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMIA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONOMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 26/04/09/16 (A A A A M M D D) 2. Hora de Inicio: 0810 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1239965325

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 84038729
11. Fecha de nacimiento 19/09/04/11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Mejia 13. Segundo apellido 14. Primer nombre Jose 15. Segundo nombre Luis
16. Dirección residencia Calle 23 # 11 - 66
16.1 Barrio Pastrana 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 3114932135
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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 [ ] 22.2. NO [X] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 3
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 Mercado - Centro.
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 ocupación es: 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 [ ] 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) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, inc 36.1 Años 22 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Dusakawi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 Si [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 86 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con que frecuencia consume frutas y verduras? 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 [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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades nognales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | / | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | / | |
| 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 ocupacion? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 BIOLÓGICO** | | **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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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. Ninguno.

91. En caso de presentarse una emergencia, ¿sabe a quien dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 12

Nombre del Encuestado: Jose Mojio

CC: 8403[illegible]

Firma del Encuestador: Manuela Rivel

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 2 1 0 9 0 9 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 1 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1239965235

### DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 5132092
11. Fecha de nacimiento 1 9 6 0 0 8 1 5 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Petit
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Armando
15. Segundo nombre Luis.
16. Dirección residencia Calle 23 # 14 - 62
16.1 Barrio Paraiso
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 3 0 2 3 8 9 1 9 8 3
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 0
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 0
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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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 Otro [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 Mercado - Carta
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 ocupación es: 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 [ ] 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) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, ex: 36.1 Años 0 7 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Coosalud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 7 8 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 0 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 54)
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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con que frecuencia consume frutas y verduras? 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 [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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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 inclaye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual: 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☐

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. NO ☐

Hora de terminación: 1 h

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 5132[illegible]

Firma del Encuestador: [illegible]

MINSALUD COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 1 7 0 9 1 9 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123946583

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 72134036
11. Fecha de nacimiento: 1 9 4 5 0 3 2 6 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Garcia
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Eliecer
15. Segundo nombre: Jose
16. Dirección residencia: Calle 3a #10a04
16.1 Barrio: Bosque
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: 3 0 0 4 1 5 2 9 8 0
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 4
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 27.3 Ninguno (pasar preganta 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?
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: Mercado - carga
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 0 3 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud? 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? Pres Saludcoop
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 7 7 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 0 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO [X] (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 consumia diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. NO. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][2]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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) | X | 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 BIOLÓGICO | | 85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD | |
|---|---|---|---|
| 85.3.1 Virus | X | 85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos) | |
| 85.3.2 Bacterias | X | 85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática) | |
| 85.3.3 Hongos | X | 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) | X |
| 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.) | X |
| 85.3.7 Mordeduras | | 85.4.7 Trabajo en alturas | |
| 85.3.8 Fluidos o excrementos | X | 85.4.8 Espacios confinados | |
| **85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional) | X | 85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos) | X |
| 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 | X |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☒ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Eliecer Garcia

cc 7213 4036

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD | COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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 09 06 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [ ] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (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 1119223
11. Fecha de nacimiento 19 80 12 12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Amaro
13. Segundo apellido Asa
14. Primer nombre Luis
15. Segundo nombre Julio
16. Dirección residencia Calle 12 # 14-16
16.1 Barrio Paraiso
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 3049243881
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [V] 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 [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [V] 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 actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 Colmena - Mercado.
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál? Espacio Público
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [V] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [V] 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 en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado [V] 43.3 Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? ANASWAYUU EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? [ ] kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? [ ] centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 00 meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumia diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario 57.2 Semanal 57.3 Quincenal 57.4 Ocasional
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario 61.2. Semanal 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 síntomas) 63.1 SI 63.2 NO
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI 64.2 NO
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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 normales? 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 o 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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(os de musculo o tendón, sin herida | | | 71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento 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 Caidas 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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 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 ocupación? 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 de discapacic 82.1 SI 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 frio) | ✓ | 85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonia, 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 (pautas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos) | |
| 85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas) | | | |

| 85.3. PELIGRO BIOLÓGICO | | 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 Rickettsias | | 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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oidos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. Si ☐ 91.2. No ☐

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

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. Si ☒ 93.2. No ☐

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

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

Hora de terminación: 1104

Nombre del Encuestado: Amaro Luis

cc: 14 14 23

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 01/04/2021 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:30 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 45559549

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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: 45559549
11. Fecha de nacimiento: 19/10/84 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Vaiona
13. Segundo apellido: Lobos
14. Primer nombre: Maylinac
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Centro 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: 3015731558
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 actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 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 famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
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? Wayuu Etnia
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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 [X] 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?
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 Mercado - Centro
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 01 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [X] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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 [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Anas Wayuu EPSI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 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 ? 65 [X] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 5 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 54)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? 00 meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 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 verduras? 60.1 SI [ ] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][2]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteveneнamiento 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 Miembres 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, muebles | | / | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | / | |
| 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 ocupación? 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 condición de discapacic 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 Mus 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | √ | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | √ | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☑ 91.2. NO ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. NO ☒

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ☒ 93.2. NO ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. NO ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. NO ☒

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Yerana Mayalinos

CC: 45559549

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA



Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMIA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONOMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 2 0 1 7 0 9 0 9 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio 0 8 0 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123996525

### DATOS DE UBICACIÓN DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 2511255
11. Fecha de nacimiento 1 9 8 7 0 2 0 9 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Zapata
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Jesus
15. Segundo nombre JOSE
16. Dirección residencia Calle 26 # 19 - 16
16.1 Barrio Centro. 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 3 0 1 4 2 0 1 5 9 3
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 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 [ ] 20.7 Universitario incompleto [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen ecorómicamente 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 [X] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplacado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 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?
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 Mercado - Centro.
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Espacio público
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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años [ ] 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 6 6 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 8 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otros):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 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 [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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][2]
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 ocupación? 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 siguiente tabla)

| 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 ambienteenvenenamiento 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, muebles | | ✓ | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | ✓ | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incliye 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 ocupacion? 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 solo 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 condición de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 Egeros de protección del cuero cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos líquidos | |
| 87.5.2 Guantes de Nitrilo | | 87.6.2 Calzado de trabajo | X | 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 11:12

Nombre del Encuestado: Jorge Zambrano

CC: 2481023

Firma del Encuestador: Daniela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXXX

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: 28/12/2021 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0800 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1123496575

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: La Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Riohacha (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 1957001 25
11. Fecha de nacimiento (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Zea
13. Segundo apellido Martinez.
14. Primer nombre Eduardo
15. Segundo nombre Manuel
16. Dirección residencia Kra 26 # 14 - 93
16.1 Barrio Bapipiillal
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 3044403592
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 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 [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados:
22. ¿Es usted cabera de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 4
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 actualmente? 27.1 Desplacado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 27 [ ] 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?
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 Mercado - Centro.
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 ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Espacio público
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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono Fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende: 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 10 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Anas W.
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 54 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaina, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 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 [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 síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [X] 64.2 NO [ ]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 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 ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | 72.7 Manos | | X | |
| 72.2 Ojos | | X | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | X | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | X | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | X | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | X | | | X | |

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 | | X | 73.8 Caídas de personas | | X | |
| 73.2 Medios de transporte | | X | 73. 9 Caídas de objetos | | X | |
| 73.3 Aparatos incluye herramientas, implementos o utensilios | | X | 73.10 Pisadas, choques o golpes | | X | |
| 73.4 Materiales o sustancias incluye las radiaciones | | X | 73.11 Atrapamiento | | X | |
| 73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, muebles | | X | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | X | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | X | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | | X | |
| 73.7 Agentes no clasificados | | X | 73.14 Exposición o contacto con la electricidad | | X | |
| | | | 73.15 Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras | | X | |
| | | | 73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1) | | X | |

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 sólo 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 de discapacid 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

| 87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES | | 87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES | | 87.7. OTROS ELEMENTOS | | 87.8. ROPA DE PROTECCIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MANOS | | PIES | | | | | |
| 87.5.1 Guantes de látex | | 87.6.1 Calzado de seguridad | | 87.7.1 Eslinga | | 87.8.1 Contra productos químicos 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 movimiento | |
| | | | | | | 87.8.8 Delantal plástico | |

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ☒ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ☐

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

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ☒ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 11:32

Nombre del Encuestado: EDUARDO ZEA

CC:

Firma del Encuestador: Manuela Silva

MINSALUD

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobernación de La Guajira

INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL POR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TERRITORIO EN COLOMBIA 2017

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

## INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN LABORAL VULNERABLE DEL SECTOR INFORMAL DE LA ECONOMÍA, SUS CONDICIONES DE SALUD Y LOS RIESGOS PROPIOS DE SUS ACTIVIDADES ECONÓMICAS EN EL MUNICIPIO DE XXXXX

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 04 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 7723496525

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Guajira (tabla)
7. Municipio de residencia: Maicao (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [ ] 8.2 Centro poblado [X] 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 26862699
11. Fecha de nacimiento 19/03/1975 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Quintero
13. Segundo apellido: Lopez
14. Primer nombre: Raquelena
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Cr 7 # 5-75
16.1 Barrio: Loma Fresca
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: 02
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular: 3235403526
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 actualmente? 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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su famili 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0
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? otro (trans)
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 2 [ ] 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?
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: Mercado - centro
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 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 [ ] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, esc 36.1 Años 03 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 ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 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 en Salud ? 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? Amus Wuayu
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones 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 ? 173 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) X
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 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? 00 meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [0][0]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras): Ninguna
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 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 síntomas) 63.1 SI [ ] 63.2 NO [X]
64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, acelerado, problemas familiares, otros) 64.1 SI [ ] 64.2 NO [X]
65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatr 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? [0][0] días
67. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo [ ] 67.2 Hogar [ ] 67.3 Otro [ ]
68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? [0][0]
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 [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [X]
70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 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 siguiente tabla)

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

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 | | X | |
| 72.2 Ojos | | | 72.8 Miembros inferiores | | X | |
| 72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis | | | 72.9 Pies | | X | |
| 72.4 Torax | | | 72.10. Ubicaciones múltiples | | X | |
| 72.5 Abdomen | | | 72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 7 | | X | |
| 72.6 Miembros superiores | | | | | X | |

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, muebles | | | 73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimie | | | |
| 73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivos o productos animales | | | 73.13 Exposición o contacto con temperatura extrema | X | | |
| 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 ocupación? 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 [X] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?
78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [0][2] 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 [J] 79.4.1 ¿Cuál? Ninguno
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 [X] 80.2 NO [ ] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad? Resfriado común
82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapack 82.1 SI [ ] 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) [X]
83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 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 [X]
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) | X | 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 Caracteristicas 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 Caracteristicas 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 BIOLÓGICO** | | **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 BIOMECÁNICO** | | **85.6. PELIGRO QUÍMICO** | |
| 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 ocupación habitual? 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 cabelludo. | | 87.2.2 Gafas de montura integral. | | 87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable | | 87.4.2 Máscaras para gases | |
| 87.1.3 Prendas de protección para la cabeza. | | 87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos 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 mano. | | | | | |
| | | 87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza. | | | | | |

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

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

89. ¿En caso de llegar a presentarse una emergencia, sabe cómo actuar? 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 dirigirse? 91.1. SI ✓ 91.2. No ☐

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina 92.1. SI ☐ 92.2. No ✓

93. En su opinión ¿el agua que consume es su lugar de trabajo es potable? 93.1. SI ✓ 93.2. No ☐

94. En su lugar de trabajo, ¿hay algún sistema de recolección de residuos? 94.1. SI ✓ 94.2. No ☐

95. En su lugar de trabajo, ¿existe tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ✓

Hora de terminación: ☐☐☐

Nombre del Encuestado: Enfermera Quintero

CC: 26862694

Firma del Encuestador: Manuela Salva