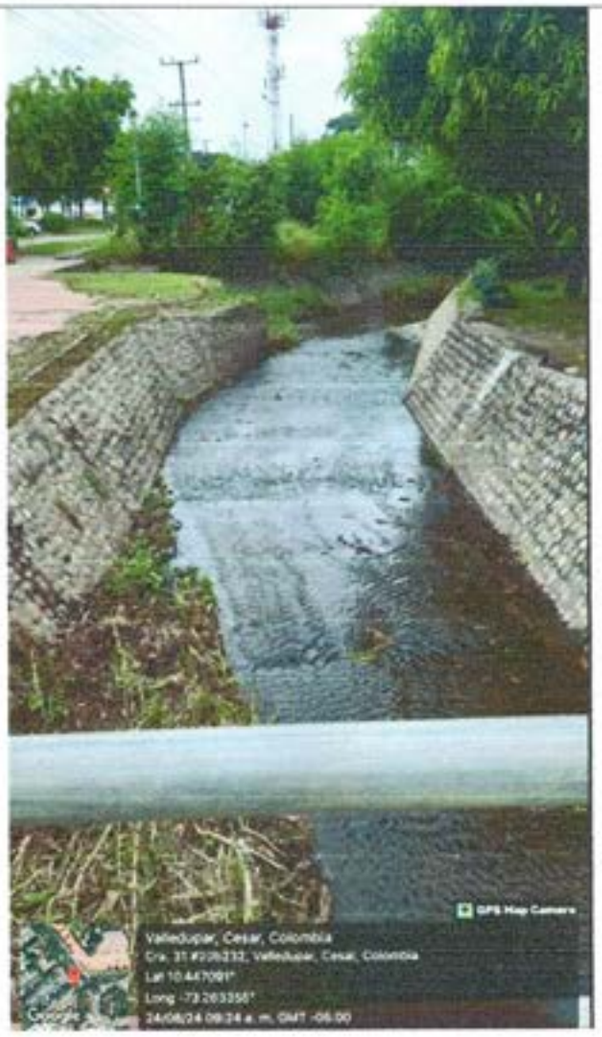

GPS Map Camera
Valledupar, Cesar, Colombia
Cra. 31 #20b132, Valledupar, Cesar, Colombia
Lat 10.44781°
Long -73.263832°
24/08/24 09:18 a. m. GMT -05:00
Google


GPS Map Camera
Valledupar, Cesar, Colombia
Calle 20 D #16, Valledupar, Cesar, Colombia
Lat 10.448314°
Long -73.26421°
24/08/24 09:19 a. m. GMT -05:00
Google


GPS Map Camera
Valledupar, Cesar, Colombia
Cl. 20b #30b-2, Valledupar, Cesar, Colombia
Lat 10.448682°
Long -73.264479°
24/08/24 09:20 a. m. GMT -05:00
Google



ANEXOS:	Registro fotográfico y fílmico. - Listas de asistencia		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA:	**Firma:**		
	Nombre:	Jaime Flores. T	
VALIDADOR(ES) DEL ACTA:	**NOMBRE**	**Número de cédula**	**Firma**
	Jaime Arroyo L	77032549	4-07-24
	Diego Andres Castillo	1065833162	Diego Castillo

(1 / abmos

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

3

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ___ CUAL?: ___

NOMBRE DEL EVENTO: Realizar 60 jornadas de Salud Ambiental en sectores priorizados para atender las fronteras de los componentes agua, saneamiento básico, aire y salud, seguridad química y residuos peligrosos y habitabilidad (Jornada de intervención en Salud Alamos III)

RESPONSABLE: Dimensión Salud Ambiental FECHA: 14 de Agosto de 2024

LUGAR: Tramo Alamos II - Puente Barrio Villa Miran - Semaforo Alamos II - Alamos III.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO (1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+)	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Cesar Palmera Ortega	1065137105	Hombre	4	4	1	1	3103014962	Recicladora	
2	Belsa Teherán Villarreal	1065852651	Hombre	4	4	1		3206197260	Recicladora	
3	Daniel Vega Arroyo	1065247067	Hombre	4	4	1		3208396145	Recicladora	
4	Jhon Jabby LOPEZ	1104679130	1	36	4	4	1	3104119863	RECICLADORA	
5	Graudys Barrios Cen	1063178226	1	4	4	4		3133566320	Recicladora	
6	Belkis Cuenca	1067595990	M	27	4	4		3132036106	Recicladora	
7	Empirico [illegible]	1064774443	Hombre	29	4	4	1	3206685806	Recicladora	
8	Alfredo Mora Chara	1065007041	Hombre	26	4	4		3176066276	Recicladora	
9	Wilder Baldovino Toro	1065225715	Hombre	26	4	4	1	3237766413	Reciclador	
10	Esperanza Sierra	1517065?	1	43	1			3114772782	productor	
11	Willey Flores	1065604507	Hombre	34	1	4	1	3155337526	Productor	
12	Nancy Garcia Torres	27 187222	Hombre	48	1		1	3108259964	Productor	
13	Jhon Pava	77023528	1	5	4	4	1	3106161571	logistica	
14	Jose Luis Helieb	1065 231 043	1	4	4	4	1	3227011279	RECICLADOR	
15	Jesus Martinez	1065280915	1	41	4	4		3107431836	Recicladora	
16	Silvia Maldea	1064950182	1	4	4	4		3203248205	Recicladora	
17	Kenicel Arrieta Becerra	1066699???	1	4	4	4		3104932941	Recicladora	
18	Yoja Ortiz	1065[illegible]	1	4	4	4		3115037691	Recicladora	
19	[illegible]	1065[illegible]	1	4	4	4	1	3137205712	Recicladora	
20	Marlon ANDRES MEJIA	1001430151	1	4	1	4		3205137109	RECICLADOR	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ___ CUAL?: ___

NOMBRE DEL EVENTO: Realizar 60 jornadas de salud ambiental en sectores priorizados para orientar en las tematicas de los componentes agua, saneamiento, aire y salud, seguridad química, residuos peligrosos y habitabilidad (Jornada operativa)

RESPONSABLE: Gimnasio Salud Ambiental FECHA: 24 de agosto de 2024.

LUGAR: Trans. semaforo Alamos II - Puente final Alamos III.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Paula Sanjuanero	1065834881	2	4	4	4	1	3006904663	C. valledupar DC	
2	Ursula Hernandez	40978150	2	5	4	4	1	3118570357	C Valledupar.	Ursula Hdez.
3	Luis Daniel sanjuan	1192774960	1	4	4	4	1	3042273179	C. valledupar,	Luis sanjuan
4	Nieves Maria Cujia	27.002.392	2	5	4	4	1	3217323790	Cesar Valledupar	Nieves Cujia
5	EMS Elvira maestre	49723694	2	5	2	1	5	3202516624	C. valledupar	
6	Yanires Clavijo Quintero	49'792293	2	5	4	1	1	3246427981	Enfermera Aux.	Yanires Clavijo
7	Elizabeth Martinez Fragoso	1003234415	2	4	4	1	.	3188300850	Enfermera Aux	Elizabeth M.
8	Karla Quintero Varga	1047049783	1	1	1	4		3219640795	C. Valledupar	
9	Luis Daniel sanjuan	1192774960	1	4	4	4		3042273179	C. valledupar	Luis sanjuan
10	Javier espino Hinojosa	1067596940	1	4	4	4		3102795538	C. Valledupar	
11	Miguel Angel Cortes	1007191875	1	4	4	4		3205516383	conductor	
12	Sl chamorro muñoz Henry	85279226	1	4	4	4	1	3147690574	Cdte peloton	
13	Soldados Mejoza	1065418584	1	4	4	1		3117649825	Psicoterapeuta	
14	Jairo David Mora Sierra	1065833172	1	4	4	4	1	3225384965	DCC Comité y/o	
15	Ursula E. Hernandez Pda	40978180	2	5						
16	Jercels Romero Mendo	1065659647	2	5	1	4	1	3127032583	Corporcesar	
17	JIMMY MENESES	1110593163	1	4	4	4	1	3106291354	Cdte escuadra	
18	Pedro Quintero	1063600626	1	4	4	4		3205729117	Policia	
19	SIP Rio - Vereda los Ani	1007275706	1	26	4	4		3235455428	Fiscalia	
20	SIP Hernando Guevara	1117[illegible]786	1	27	4	4		3224[illegible]606	asesoria	Kalbey H.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ___ CUAL?: ___

NOMBRE DEL EVENTO: Realizar 60 jornadas de orientacion en salud ambiental en sectores priorizados para orientar en los tematicas de los componentes agua, saneamiento basico, aire y salud, seguridad quimica y residuos peligrosos

RESPONSABLE: Dimension Salud Ambiental FECHA: 24 de agosto de 2024

LUGAR: Tramo: Semaforo Atanos II – Peaje final Atanos II

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Nikson Javier Hurtado Ayala	1193529956	1	4	1	4		3148287557	Rescatista	
2	Yenici Rivera Pacheco	1065698744	1	4	4	4		3104932944	Rescatista	
3	Arevalo Garzon Sairo	1129367680		4	4	4	4	3117629320	Rescatista	
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

SECRETRARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - 2024

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES MENSUAL
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NUMERO 425-SGR de 2024

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR - AÑO 2024.

FECHA DE EJECUCION: DEL 1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DE 2024

DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	COMPPONENTE OPERATIVO	VALOR PROGRAMADO	CANTIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES EJECUTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCION				ACTIVIDADES POR EJECUTAR		
					No. DE ACTIVIDAD EJECUTADA MES	VALOR DE LA ACTIVIDAD MES	% DE EJECUCION MES	TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS	No. DE ACTIVIDADES PENDIENTES	VALOR TOTAL POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Realizar 27 sesiones de información en salud, distribuidos en tres (3) instituciones educativas de los microterritorios priorizados, dirigidos a los estudiantes de los grados 9°, 10° y 11° de bachillerato del área urbana en el marco de la estrategia municipal "CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO"	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 21.000.000,00	27	6	$ 777.777	22,22%	6	$ 4.666.662	12	$ 9.333.324	15	$ 11.666.676,00	55,56%
	Realizar 180 tamizajes; 180 pruebas rápidas de tamizaje para VIH/SIDA, 50 para HB y 50 para HC, en poblaciones vulnerables priorizadas Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Mujeres transgéneros, Personas en situación de prostitución, Usuarios de drogas inyectables, Habitantes de calle	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 15.772.000,00	380	71	$ 41.505	18,68%	71	$ 2.946.855	160	$ 6.640.800	220	$ 9.131.200,00	57,90%
	Desarrollar quince (15) jornadas de salud dirigidas a gestantes y madres lactantes con intervenciones individuales (RPMS y RIAMP) y colectivas, se desarrollen acciones que promueven la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 25.000.000,00	15	4	$ 1.666.667	26,67%	1	$ 6.666.668	9	$ 15.000.003	9	$ 9.999.997,00	40,00%
	Realizar doce (12) encuentros comunitarios dirigido a padres de familia y cuidadores, para fortalecer las pautas de buen trato en la familia y el dialogo con los jóvenes y adolescentes sobre sexualidad responsable y autocuidado, con enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos, valores y proyecto de vida	Atencion Primaria en Salud - APS	$ 8.560.000,00	12	3	$ 713.333	25,00%	3	$ 2.139.999	6	$ 4.279.998	9	$ 4.280.002,00	50,00%
TOTAL									$ 16.420.184,00					

ELBA [illegible]
Gerente
E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

ELIANA PATRICIA APONTE HERAN[illegible]
Supervisor PIC Vigencia 2024
Supervisor

Proyecto: BELKIS CORDOBA QUINTERO
Profesional - Apoyo coord. PIC 202[illegible]

INFORME DE ACTIVIDADES

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 423- SGR de 2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	$ 1.407.741.920
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	9 MESES
PERIODO REPORTADO	**1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DEL 2024**
DIMENSION	**SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**
VALOR ASIGANDO EN LA DIMENSION	**$ 235.000.000**

ACTIVIDAD A EJECUTAR	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	ANEXO /FOLIO
Realizar 27 sesiones de información en salud, distribuidos en tres (3) instituciones educativas de los microterritorios priorizados, dirigidos a los estudiantes de los grados 9°, 10° y 11° de bachillerato del área urbana en el marco de la estrategia municipal "CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO.	A través de los carruseles se busca Fortalecer el conocimiento en: Derechos Sexuales y Reproductivos, Toma de decisiones y proyecto de Vida, Reconocimiento de los métodos Anticonceptivos y la doble protección, conociendo las ITS y VIH.	• Actas de reunión y concertación de la actividad • Registro fotográfico(mínimo 6 por cada encuentro) georreferenciación y fecha • Registro de asistencia (Planilla de asistencia por cada uno de las actividades con enfoque diferencial) • Informe descriptivo y detallado de la ejecución de la actividad.
Realizar 380 tamizajes; 280 pruebas rápidas de tamizaje para VIH/SIDA, 50 par HB y 50 para HC, en poblaciones vulnerables priorizadas hombre que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, personas en situación de prostitución, usuarios de drogas inyectables, habitante de calle	Al realizar los tamizajes de pruebas rápidas para VIH-HB-HC se busca garantizar que los grupos priorizados adopten una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH así como la importancia de las pruebas de tamizaje cuando se ha tenido comportamientos de riesgo	• Actas de reunión y concertación de la actividad • Registro fotográfico(mínimo 6 por cada encuentro) georreferenciación y fecha • Registro de asistencia (Planilla de asistencia

		por cada uno de las actividades con enfoque diferencial) Informe descriptivo y detallado de la ejecución de la actividad - actividad realizada. - Planilla de asistencia
Realizar doce (12) encuentros comunitarios dirigido a padres de familia y cuidadores, para fortalecer las pautas de buen trato en la familia y el dialogo con los jóvenes y adolescentes sobre sexualidad responsable y autocuidado, con enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos, valores y proyecto de vida	Por medio de los encuentros realizados se busca generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.	• Actas de reunión y concertación de la actividad • Registro fotográfico(mínimo 6 por cada encuentro) georreferenciación y fecha • Registro de asistencia (Planilla de asistencia por cada uno de las actividades con enfoque diferencial) • Informe descriptivo y detallado de la ejecución de la actividad
Desarrollar quince (15) jornadas de salud dirigidas a gestantes y madres lactantes con intervenciones individuales (RPMS y RIAMP) y colectivas, se desarrollen acciones que promueven la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia " RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE". las jornadas deben realizarse en articulación con las EPS en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención segun resolución 3280 de 2018.	En estas jornadas se garantiza que las mujeres en edad fértil y gestantes conozcan la ruta integral de atención materna perinatal, hacer adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación	• Actas de reunión y concertación de la actividad • Registro fotográfico(mínimo 6 por cada encuentro) georreferenciación y fecha • Registro de asistencia (Planilla de asistencia por cada uno de las actividades con enfoque diferencial) • Informe descriptivo y detallado de la ejecución de la actividad

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORD. PIC -2024
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

CARRUSEL EDUCATIVO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO



Agosto

2

I.E.
JOSÉ E.
MARTÍNEZ
7:00 AM

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

PIC

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024						
LUGAR:	IE JOSE EUGENIO MARTINEZ		**FECHA**	02/08/2024	**HORA INICIO**	07:00 AM	
					HORA FINAL	09:00 AM	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	CARRUSEL EDUCATIVO	
TEMA:	INFORMACION EN SALUD SOBRE: PROYECTO DE VIDA, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS						
OBJETIVO:	Fortalecer el reconocimiento en : Derechos sexuales y Reproductivos, Toma de decisiones y proyecto de Vida, Reconocimiento de los métodos Anticonceptivos y la doble protección, conociendo las ITS y VIH.						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Estudiantes 9, 10 11 de IE JOSE EUGENIO MARTINEZ						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

siendo las 07:00 AM del dia 02 de AGOSTO del presente año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, previa socialización en el encuentro educativo con padres de familia, cuidadores y estudiantes de los grados mencionados , se realiza en el dia y hora estipulada, desarrollo de la actividad de la Sesión 3 del Carrusel Educativo convocada por la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024, con el fin de Fortalecer el conocimiento en Salud Sexual Y Reproductiva en el marco de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de los estudiantes de 9°, 10° y 11° de las Instituciones Educativas públicas del municipio de Valledupar mediante estrategias lúdico-educativas en busca de generar empoderamiento y disminuir la ocurrencia de embarazos a temprana edad, enfermedades de trasmisión sexual y eventos de violencia sexual .

El desarrollo de la actividad se realiza en 3 STAND EDUCATIVOS en el siguiente orden a cargo de 3 Profesionales de la Psicologia:

- VISITA 3 STAND 1 PROYECTO DE VIDA (ROXANA GONZALEZ)
- VISITA 3 STAND 2 DERECHOS SEXUALES (LINA MARIA PARRA MEJIA)
- VISITA 3 STAND 3- DERECHOS REPRODUCTIVOS (GABRIELA CHAVEZ HURTADO)

Luego se procedió al desarrollo de los temas por STAND, se realizó de la siguiente manera:

VISITA 3- STAND 1

1. PROYECTO DE VIDA

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicologia, Roxana González, da la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.**(En rotación)**

Seguidamente se socializa el objetivo: Ofrecer herramientas para lograr las metas personales y concretar el proyecto de vida.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

El proyecto de vida es una herramienta que busca orientar nuestro crecimiento personal, por medio de la identificación de aquellas metas que deseamos lograr y de las capacidades que poseemos; evita la dispersión y el desperdicio de tiempo y de nuestras propias capacidades.

Características

Una de las principales caracteristicas del proyecto de vida es su carácter personal; se construye a partir de la historia de vida, ilusiones, expectativas, aspiraciones y posibilidades individuales.

económica y las posibilidades que tenemos; así mismo, la habilidades y destrezas con las que contamos.

Otra característica de proyecto de vida es su flexibilidad. No es estático; se puede amoldar y adecuar a las circunstancias e imprevistos que surjan en la trayectoria de vida.

Tu proyecto inicial se puede cambiar, sin embargo, al plantearlo debes tomar en cuenta tus deseos, intereses, gustos, personalidad y posibilidades.

Dimensiones del proyecto de vida

Dimensión	¿ A qué se refiere?	¿Qué preguntas me debo plantear?
Personal	Se refiere al tipo de persona que quiero ser en cuanto a valores, actitudes, afectos y todo lo relacionado con el desarrollo personal.	¿Qué tipo de persona quiero llegar a ser? ¿Qué valores y actitudes quisiera tener?
Familiar	Hace referencia a las acciones que debemos realizar para mantener, fortalecer o afianzar las relaciones con quienes consideramos nuestra familia.	¿Qué tipo de relaciones quiero cultivar?
Educativo profesional	Se relaciona con nuestras aspiraciones educativas y de aprendizaje, encaminadas a nuestra formación profesional y a lo que nos queremos dedicar.	¿Qué quiero estudiar? ¿Qué me interesa? ¿Cuáles son mis habilidades y aptitudes?
Laboral	Esta dimensión se relaciona con el trabajo, a lo que nos queremos dedicar para obtener un ingreso económico que nos permita satisfacer nuestras necesidades.	¿Qué clase de trabajo me gustaría tener? ¿En qué quisiera trabajar?
Sentimental afectivo	Se refiere a las relaciones interpersonales que deseo establecer.	¿Qué tipo de vida afectiva quiero tener? ¿Cómo y con quienes quiero vivir? ¿Quiero tener pareja? ¿Quiero o no quiero tener hijos/as?

Fin: Luego de explicar la temática, se entrega a cada uno de los estudiantes hoja impresa con las dimensiones del proyecto de vida para que cada uno la diligencie de acuerdo a sus conceptos propios (Del proyecto de vida que cada uno quiere) y conocimientos adquiridos en la clase.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

ıloración de la experiencia: Trabajar con un grupo de adolescentes del colegio IE JOSE EUGENIO MARTINEZ, ... el tema del proyecto de vida es una experiencia enriquecedora y desafiante. Los jóvenes suelen tener una visión idealista y a veces confusa sobre su futuro, por lo que el proceso de guiarlos en la definición de sus metas y aspiraciones requiere empatía y claridad. Es fundamental fomentar un ambiente de apertura y reflexión, donde puedan explorar sus intereses y habilidades sin temor al juicio. A través de actividades y discusiones dirigidas por el grupo PIC, los adolescentes comenzaron a conectar sus pasiones con posibles caminos profesionales y personales, adquiriendo así una mayor comprensión de sí mismos y de las opciones disponibles para su futuro.

VISITA 3- STAND 2

2. DERECHOS SEXUALES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Lina Parra) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos. **(En rotación)**

Seguidamente se socializa el objetivo: Promover el empoderamiento de las y los jóvenes para participar en la defensa y exigencia de los derechos sexuales.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son los derechos sexuales? Son un conjunto de derechos humanos que permiten a las personas ejercer su sexualidad de manera libre, segura y sin discriminación

Estos son algunos de los derechos sexuales:

1. Decidir si ser o no sexualmente activo o activa; decidir cómo, cuándo y con quien tener relaciones afectivas y sexuales en el marco del mutuo respeto y consentimiento.

2. Decidir si tener o no pareja; consentir o no el matrimonio.

3. Poder expresar nuestras emociones y sexualidad.

4. Buscar una vida sexual placentera, segura y satisfactoria.

5. Disfrutar de nuestro cuerpo, recibir respeto por su integridad y a no ser sometidos a ningún tipo de violencia física, psicológica o sexual.

6. Derecho a la privacidad sexual y decidir lo que queremos hacer con nuestro cuerpo, sin hacernos daño ni afectando los derechos sexuales de otras personas.

7. No ser discriminado por nuestro sexo, género, orientación sexual o cualquier otra causa.

8. Poder acceder a servicios de salud de calidad en los que se garantice la privacidad y la confidencialidad. Estos servicios deben incluir asesoramiento en aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad.

9. Poder buscar, recibir e impartir información en relación con la sexualidad.

. Recibir educación sexual.

Fin :Al terminar la socialización cada estudiante se le entregara lista de derechos sexuales y va a escoger un derecho sexual y explicara el porqué de su escogencia, seguidamente mientras van participando van conectándose uno a otro por medio de la lana (La actividad se puede hacer con 10 estudiantes que estén distribuidos en todo el salón se quedan en el puesto que estén y se van conectando uno con otro por medio de la lana) al finalizar el ultimo estudiante, se lanza el dado y de acuerdo el número que salga , ese estudiante es quien va a recordar por lo menos 5 derechos y dará una reflexión general de los mencionados.(por eso todos deben estar atentos) Al finalizar se juega con la ruleta de la sexualidad y depende la imagen que le corresponda , de esa manera explica a sus compañeros su pensamiento al respecto.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: los estudiantes demostraron receptividad con el tema, participaron de forma activa, esta sesión fue profundamente transformadora y positiva. Los beneficios incluyen una mayor comprensión y empoderamiento de los jóvenes, la creación de un entorno de apoyo y respeto, y la promoción de cambios positivos en actitudes y comportamientos. La clave está en adaptar el contenido a las necesidades específicas del grupo y en crear ı ambiente seguro y acogedor para el aprendizaje.

VISITA 3- STAND 3

3.DERECHOS REPRODUCTIVOS

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Garbiela Chavez) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos **(En rotación)**

Seguidamente se socializa el objetivo: Promover el empoderamiento de las y los jóvenes para participar en la defensa y exigencia de los derechos reproductivos.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son los derechos reproductivos? Son parte de los derechos humanos que protegen la salud y la libertad reproductiva de las personas.

Los derechos reproductivos: Comprende tu libertad y autonomía de decidir con responsabilidad si quieres tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién.

Estos son algunos de los derechos reproductivos principales:

1. Decidir si deseamos o no tener hijos e hijas, cuándo, su número y el tiempo transcurrido entre ellos y ellas.

2. No ser discriminada o recibir tratos desiguales por razón de quedar embarazada o ser madre (en la escuela, el trabajo, dentro de la familia, etc.). Las adolescentes embarazadas tienen derecho a seguir asistiendo a la escuela donde estudiaban antes del embarazo.

3. Acceder a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgo durante la gestión, el parto y la lactancia, y que aseguren el bienestar madre-hijo o hija. Recibir atención oportunidad y de calidad cuando la vida de la mujer está en peligro debido al embarazo.

4. Recibir información y educación para garantizar la autonomía reproductiva y la planificación familiar, garantizando confidencialidad y privacidad, especialmente a las y los adolescentes.

5. Acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces.

6. Disfrutar del nivel más elevado posible de salud reproductiva, libre de enfermedades y discapacidades por causas como: atención deficiente, desnutrición, exposición a elementos químicos o formas de violencia.

7. Acceder a métodos o procedimientos de fertilización en caso de requerir ayuda para lograr el embarazo deseado.

8. Estar protegidas de embarazos forzados, esterilización o aborto por imposición, obligación, presión o coacción; o contra cualquier tratamiento degradante y de violencia en relación con la reproducción.

a : Al terminar la socialización cada estudiante va escoger un derecho reproductivo y explicara el porqué de su escogencia, seguidamente mientras van participando van conectándose uno a otro por medio de la lana (La actividad se puede hacer con 10 estudiantes que estén distribuidos en todo el salón se quedan en el puesto que estén y se van conectando uno con otro por medio de la lana) al finalizar el ultimo estudiante, se lanza el dado y de acuerdo el número que salga , ese estudiante es quien va a recordar por lo menos 5 derechos y dará una reflexión general de los mencionados.(por eso todos deben estar atentos.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La experiencia en los estudiantes contribuye a un cambio positivo en las actitudes y comportamientos de los adolescentes hacia la sexualidad y la salud reproductiva. Se ha observado una mayor disposición a hablar abiertamente sobre estos temas, lo que sugiere que las actividades han ayudado a desmitificar conceptos y reducir el estigma asociado. Además, los adolescentes han mostrado una mayor confianza en buscar ayuda y utilizar servicios de salud reproductiva cuando sea necesario.

Participaron 90 distribuidos en los 3 salones de la IE

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZ DEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	46	3	0	0	0	2	0	38	1	0	2	46	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	31	6	0	0	2	0	0	44	9	0	2	26	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0		9	0	0	2	2	0	86	10	0	4	76	0	0	0	0	0

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **ACTA DE ACTIVIDADES**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

IE JOSE EUGENIO MARTINEZ
FECHA 02/08/2024 HORA INICIO 07:00 AM
HORA FINAL 09:00 AM
"CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO".













COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1.	Realizar Sesiones del Carrusel Educativo con los estudiantes de grados 9-10-11	EQUIPO PIC- 2024	Fechas concertadas en reuniones con equipo PIC

ANEXOS:	**LISTADO DE ASISTENCIA**		
NOMBRE	**DOCUMENTO**	**CARGO**	**FIRMA**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	**Firma:**	Lina Parra M.
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUP

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: REUNION: CAPACITACION: OTRO: CUAL?: Rapidez 3ra sesion 9a
NOMBRE DEL EVENTO: Capacitación educativa de la salud sexual y reproductivo en tu colegio
RESPONSABLE: Pta de intervención colectiva FECHA: 2-8-2024
LUGAR: I.E. José Eugenio Hoz.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Juan Esteban Parraga	1012783559	1	3	—	—	—	3184C79987	Estudiante	
2	Lana Michell Guillen S	1082942761	2	3	—	—	—	3222958698	Estudiante	
3	Ivana Rosa Gonzales	1031425758	2	3	—	—	—	3217286775	Estudiante	
4	Santiago Pinzon Martinez	1066284638	1	3	—	—	—	324 2276332	Estudiante	Santiago
5	Isabel Sofia Bivera Mier	1065626617	2	3	—	—	—	3136221133	Estudiante	Isabel
6	Jose Alejandro Caballero R.	1067809420	1	3	-	-	-	301 309 12 11	Estudiante	Jose Alejandro
7	Juliana Michel Manjarrez	1136540389	2	3	—	—	—	1136540389	Estudiante	Juliana M
8	Cristhoper Andres Granados	3052470596	1	3	—	—	—	3052470596	Estudiante	
9	Shantin Vanessa Barragan M.	1066730143	2	3	—	—	—	302 660 6378	Estudiante	
10	Juanes Perez Acosta	1066730143	1	3	—	—	—	3104120261	estudiante	
11	maria camila alzate O.	1023529572	2	3	—	—	—	3016033957	Estudiante	maria camila
12	valentina Montes lopez	1063788453	2	3	-	-	-	3145193804	estudiante	Valentina M.
13	Tifanny Isabella Barragan Vera	1065859183	2	3	2	3	—	3185502001	estudiante	Tifanny B.
14	Jaider David Rodriguez G.		1	3	4	4	—	3016166244	Estudiante	Jaider R.
15	Juan Luis Perez C.		1	3	4	4	—	3126503966	Estudiante	Juan Perez
16	Nader Andres Paez R.		1	3	4	4	—	3145650702	Estudiante	Paez
17	Elian David Castillo Acuña	1067608630	1	3	4	4		3014479684	Estudiante	Elian C.
18	Adrian Cuellar de la Hoz	—	1	3	4	4	—	3136912020	Estudiante	Cuellar
19	Rosa Elvira Ospino Silva	1066877066	2	3	4	4	—	3183290934	Estudiante	Rosa
20	Natalia Gisell Valentierra Santos	1061614126	2	3	4	4	—	3052457713	Estudiante	Natalia

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUP

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. — SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:__ CAPACITACION:__ OTRO: CUAL?: Canuel 7A Jornada 92

NOMBRE DEL EVENTO: Canuel educativo Dela Salud Sexual y reproductiva en el colegio

RESPONSABLE: Plan de Intervenciones Colectivas FECHA: 2-8-2024

LUGAR: I.E. José Eugenio Mtnez

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Dana valentina Hernandez	1117933039	2	3	4	4	—	3223751728	Estudiante	Dana
2	Mateo perez	1066286557	1	3	4	4	—	3175380857	Estudiante	Mateo
3	Wilmer anaya	1066879043	1	3	4	4	—	3013593914	Estudiante	Wilmer
4	Diana celedón	1066978335	2	3	4	4	—	3213057095	Estudiante	Diana C
5	Andrith Juliath Brito fiare	1067605005	2	3	4	4	—	3043257334	Estudiante	Andrith
6	Edgar cabrales	1013727149	1	3	4		—	3016506021	estudiante	edgar
7	Camilo padilla	1066286659	1	3	4	4	—	3065953161	estudiante	Camilo
8	Jose Amiro Yepes Hernández	1067609473	1	3	4	4	—	3015692587	Estudiante	
9	Juan David Gomez Pacheco		1	3	4	4	—		Estudiante	Juan
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:__ CAPACITACION:__ OTRO: CUAL?: Carnaval 3ª sesion 10-

NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval educativo de la salud sexual y reproductiva en tu colegio

RESPONSABLE: Plan de intervenciones colectivas. FECHA: 5 - Agosto 2024

LUGAR: I.E. JOSE EUGENIO ANEZ

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Isaac Jhoanel Clavijo Cepeda	1062359321	1	3	4	4	Estudiante	3106010665	Estudiante	Isaacclavijo.
2	Sara Juliana Bello Bolaño	1066845027	2	3	4	4	Estudiante	3215316208	Estudiante	Sara Bello
3	Valentina Urango Oviedo	1065846907	2	3	4	4	Estudiante	3044846473	Estudiante	Valeurango
4	Sayleth Emilia Bonett Ojeda	1065627854	2	3	4	4	Estudiante	3176557309	Estudiante	Sayleth Bonett
5	Yuliana Guillo Castro	1097496724	2	3	4	4	Estudiante	3045850653	Estudiante	Yuliana GC.
6	Juan José Amin Alvear	1022360839	1	3	4	4	Estudiante	3148000000	Estudiante	Juanje...
7	Jasmin Jones Nova	6376973	2	4	4	4	———	3226516964	Estudiante	Jasmin Jones
8	Paz Sierra Jorge Andres	1067602890	1	3	4	4	———	3017260082	Estudiante	
9	Nury Aileth Brito Hoyo	1067670432	2	3	4	4	———	3043257334	Estudiante	
10	Greily Michelle Pertuz Villalobos	1066285420	2	3	4	4	———	3175493045	Estudiante	
11	Jandonora Cuadrado Jesus	1143926600	1	3	4	4		3216419628	Estudiante	
12	Breyner I. Torres R.	1065661198	1	3	4	4	———	3023868171	Estudiante	Breyner Torres
13	Nicolas Manuel Jimenez Ospino	1063959563	1	3	4	4	———	3154947573	Estudiantes	Nicolas Jimenez
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

10° José Eduardo Sesión 3

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Ciclo de 3 Sesiones

NOMBRE DEL EVENTO: Conversatorio educativo de salud sexual y reproductiva en tu colegio

RESPONSABLE: Pha de intervenciones Colectivas FECHA:_____ LUGAR:_____

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3 CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Angel Andres Arrieta Diaz	1067000000	1	3	4	4	—	3003339018	Estudiante	[illegible]
2	Darly Michell Calderón Mieles	1067606723	2	3	4	4	—	3007265A68	Estudiante	DM2C,,
3	Sarai Yalyabeth Callyas Cura	1065852064	2	3	4	4	—	3042531178	Estudiante	Sarai
4	Daniela Sofia Cardoso Rojas	1067[illegible]	2	3	4	1	—	3234608479	Estudiante	Daniela
5	Natalia Carolina Vega Montes	1067607454	2	3	4	4	—	3122562021	Estudiantes	Natalia Vega
6	Helen Dayana Jimenez Avila	1065622981	2	3	4	4	—	3207668628	Estudiante	[illegible]
7	Ana María Paringa Lozano	1141118169	2	3	4	4	—	318 9679987	Estudiante	Ana Paringa L.
8	Saileth Emilia Bonett Ojeda	1065627854	2	3	4	4	—	3116557304	Estudiante	Saileth Bonett
9	Valentina Ibeth Urango Oviedo	1065846907	2	3	4	4	—	3043673714	Estudiante	Vale Urango.
10	Geidy Michelle Portacio Velásquez	1066285420	2	3	4	4	—	3175478095	Estudiante	[illegible]
11	Nina Aileth Brito Fiayo	1067610432	2	3	4	4	—	3043257334	Estudiante.	[illegible]
12	Andrea Mabell Villarreal.	1065645290	2	3	4	4	—	3175038646	Estudiante.	Andrea
13	Karol Michel Ruz Avendaño	1065021232	2	3	4	4	—	3213043133	Estudiante	Karol
14	Oscar becerra Mendoza	1065627671	3	3	4	4	—	3235791716	Estudiante	[illegible]

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
"LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

15	roshan Andres cuevas TORRES	1066894667	3	3	4	4	3114148463		Estudiante	cuevas
16	Laura Daniela Castillo	1060873434	2	3	4	4	3005011650		Estudiante	Laura.
17	Cardenas Carlos Sofia	1.143476600	3	3	4	4	3246419478		Estudiante	
18	Stiven Manuel Sanjuanelo Vasquez	1065639603	2	3	4	4	3024172473		Estudiante	Stiven
19	Samir Andres Oviedo Tor	1065629825	1	3	4	4	3012041778		Estudiante	Samir
20	Jasmin Torres Daza	627973	2	4	4	4		1065616464	Estudiante	Jasmin torres

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUI

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:__ CAPACITACION:__ OTRO: CUAL?: Carnaval 3ª sesión Grado 11:
NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval educativo de la SSR en tu colegio
RESPONSABLE: Ruta de intervención Colectiva FECHA: 2 - agosto - 2024
LUGAR: I. E. José eugenio Mendoza.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Cristian camilo Deavila Bertel	1.043.678.043	1	3	4	4	—	3153420418	Estudiante	Cristian Deavila
2	Sebastian Diaz Hernandez	1.066.873.338	1	3	4	4	—	3128303780	Estudiante	Sebastian Diaz
3	Oriana Díaz de la cruz	1127583065	2	3	4	3	—	3052370802	Estudiante	Oriana Díaz
4	Valery estefany ladi Ramos	1066874105	2	3	4	1	—	3116917641	estudiante	Valery Ladi R
5	Margarita Rosa Barra Ventura	1067568754	2	4	4	1	—	3235721850	estudiante	Margarita Barra
6	Juan José Guevara de la Cruz	1065613471	1	3	4	4	—	313 6932138	Estudiante	Juan Guevara
7	Omar Santiago Henriquez	1025539131	1	3	4	4		3102644433	Estudiante	Omar H. D.
8	Yeimis Ezpeleta Olivero M.	1065613334	1	3	4	4	—	3106811184	Estudiante	
9	Luis DANIEL MONTERO MUENTES	1066282413	1	3	4	4	—	3111149996	Estudiante	Luis Daniel
10	Juan Sebastian Restrepo Tellez	1067609204	1	3	4	4	—	3246369961	estudiante	
11	Jeimys Carolina Ospino	1083469134	2	3	4	1	—	3046797205	Estudiante	
12	Mileidis Yineth Mejia Benavides	1066283283	2	3	4	4	—	3195978572	Estudiante	Mileidis M
13	Andres felipe Machado	1082491041	1	4	4	4	—	3104780077	estudiante	Andres.
14	Sebastian David Luciano Cordero	1082979724	1	4	4	4	—	3208247828	Estudiante	
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDU

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:__ CAPACITACION:__ OTRO: CUAL?: Carnaval 33 sesión gratis 11:
NOMBRE DEL EVENTO: carnaval Educación SSR en tu colegio
RESPONSABLE: Plan de intervenciones Colectivas FECHA: 2 - Agosto - 2024
LUGAR: I.E. José Eugenio Molina.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Karma Marcela Orozco Ariza	1065621308	2	3	4	4	—	3013075519	Estudiante	Karma Orozco
2	Laura Sofía Jiménez Mendoza	1065609782	2	3	4	4	—	3184018902	Estudiante	Laura Sofía
3	Geraldines Paola Díaz Tapia	1.065.610.315	2	3	4	4	—	3203593986	estudiante	Geraldine Díaz
4	Santiago Andrés Montenegro Muñoz	1067605915	1	3	4	4	—	3165056923	Estudiante	Santiago M.
5	Franier Andres fernandez Fragoso	1.122.400.245	1	4	4	4	—	3224981223	Estudiante	[illegible]
6	Santiago moreno meriño	1.066.873.609	1	3	4	4	—	3077206119	estudiante	Santiago moreno
7	María Alejandra De Ávila	1.019.027.134	2	4	4	1	—	3115344415	Estudiante	Alejandra
8	Ayleen Rosas Martinez	1.066.233.624	2	3	4	1	—	3004235600	estudiante	Ayleen Rosas
9	Michell Fontanilla Aragón	1.081.001.961	2	3	4	1	—	3245514521	estudiante	Michell F.
10	Tatiana Marcela Cabrales	1134169941	2	3	4	1	—	3125393122	Estudiante	Tatiana C.
11	Yaulith Jaimes Miranda	1066283962	2	3	4	1	—	3117164669	Estudiante	Yaulith. J.
12	Alan Jose Navarro Peña	1065607616	1	3	4	4	—	3086118642	estudiante	Alan Jose
13	Johnson Josep Marquez	1065660210	1	3	4	4	—	3193939451	estudiante	Johnson
14	Duvan Ferrer Cardona	1045869243	1	3	4	4	—	3113124369	estudiante	Duvan
15	Fabiola Mejia Hernandez	1065838311	2	4	4	4	—	3013374741	Estudiante	Fabiola M.
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

CARRUSEL EDUCATIVO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO



Agosto
8

I.E.
BELLO
HORIZONTE
6:30 AM

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

PIC

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024								
LUGAR:	IE BELLO HORIZONTE			**FECHA**	08/07/2024		**HORA INICIO**	6:30 AM	
							HORA FINAL	8:30 AM	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	CARRUSEL EDUCATIVO			
TEMA:	INFORMACION EN SALUD SOBRE: PROYECTO DE VIDA, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS								
OBJETIVO:	Fortalecer el reconocimiento en : Derechos sexuales y Reproductivos, Toma de decisiones y proyecto de Vida, Reconocimiento de los métodos Anticonceptivos y la doble protección, conociendo las ITS y VIH.								
POBLACIÓN OBJETIVO:	Estudiantes 9, 10 11 de IE BELLO HORIZONTE								

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 06:30 AM del dia 08 de AGOSTO del presente año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, previa socialización en el encuentro educativo con padres de familia, cuidadores y estudiantes de los grados mencionados , se realiza en el dia y hora estipulada, desarrollo de la actividad de la Sesión 3 del Carrusel Educativo convocada por la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024, con el fin de Fortalecer el conocimiento en Salud Sexual Y Reproductiva en el marco de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de los estudiantes de 9°, 10° y 11° de las Instituciones Educativas públicas del municipio de Valledupar mediante estrategias lúdico-educativas en busca de generar empoderamiento y disminuir la ocurrencia de embarazos a temprana edad, enfermedades de trasmisión sexual y eventos de violencia sexual .

El desarrollo de la actividad se realiza en 3 STAND EDUCATIVOS en el siguiente orden a cargo de 3 Profesionales de la Psicologia:

- VISITA 3 STAND 1 PROYECTO DE VIDA (ROXANA GONZALEZ)
- VISITA 3 STAND 2 SEXUALIDAD (LINA MARIA PARRA MEJIA)
- VISITA 3 STAND 3- DERECHOS REPRODUCTIVOS (GABRIELA CHAVEZ HURTADO)

Luego se procedió al desarrollo de los temas por STAND. se realizó de la siguiente manera:

VISITA 3- STAND 1

1. PROYECTO DE VIDA

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología, Roxana González, da la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.**(En rotación)**

Seguidamente se socializa el objetivo: Ofrecer herramientas para lograr las metas personales y concretar el proyecto de vida.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información: El proyecto de vida es una herramienta que busca orientar nuestro crecimiento personal, por medio de la identificación de aquellas metas que deseamos lograr y de las capacidades que poseemos; evita la dispersión y el desperdicio de tiempo y de nuestras propias capacidades.

Características: Una de las principales características del proyecto de vida es su carácter personal; se construye a partir de la historia de vida, ilusiones, expectativas, aspiraciones y posibilidades individuales.

Es realista y objetivo. Cuando se plantea el proyecto de vida se debe tomar en consideración la realidad social-económica y las posibilidades que tenemos; así mismo, la habilidades y destrezas con las que contamos.

Otra característica de proyecto de vida es su flexibilidad. No es estático; se puede amoldar y adecuar a las circunstancias e imprevistos que surjan en la trayectoria de vida.

Tu proyecto inicial se puede cambiar, sin embargo, al plantearlo debes tomar en cuenta tus deseos, intereses, gustos, personalidad y posibilidades.

Dimensiones del proyecto de vida

Dimensión	¿ A qué se refiere?	¿Qué preguntas me debo plantear?
Personal	Se refiere al tipo de persona que quiero ser en cuanto a valores, actitudes, afectos y todo lo relacionado con el desarrollo personal.	¿Qué tipo de persona quiero llegar a ser? ¿Qué valores y actitudes quisiera tener?
Familiar	Hace referencia a las acciones que debemos realizar para mantener, fortalecer o afianzar las relaciones con quienes consideramos nuestra familia.	¿Qué tipo de relaciones quiero cultivar?
Educativo profesional	Se relaciona con nuestras aspiraciones educativas y de aprendizaje, encaminadas a nuestra formación profesional y a lo que nos queremos dedicar.	¿Qué quiero estudiar? ¿Qué me interesa? ¿Cuáles son mis habilidades y aptitudes?
Laboral	Esta dimensión se relaciona con el trabajo, a lo que nos queremos dedicar para obtener un ingreso económico que nos permita satisfacer nuestras necesidades.	¿Qué clase de trabajo me gustaría tener? ¿En qué quisiera trabajar?
Sentimental afectivo	Se refiere a las relaciones interpersonales que deseo establecer.	¿Qué tipo de vida afectiva quiero tener? ¿Cómo y con quiénes quiero vivir? ¿Quiero tener pareja? ¿Quiero o no quiero tener hijos/as?

Fin: Luego de explicar la temática, se entrega a cada uno de los estudiantes hoja impresa con las dimensiones del proyecto de vida para que cada uno la diligencie de acuerdo a sus conceptos propios (Del proyecto de vida que cada uno quiere) y conocimientos adquiridos en la clase.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: Trabajar con un grupo de adolescentes del colegio BELLO HORIZONTE , la experiencia valiosa para los estudiantes, ya que proporciona herramientas y perspectivas para definir y alcanzar sus objetivos personales y profesionales. El éxito de estas actividades se refleja en la mayor claridad, motivación y bilidades de planificación que los estudiantes han demostrado. Sin embargo, para maximizar el impacto, es fundamental seguir adaptando y mejorando las actividades, garantizando que se ajusten a las necesidades individuales y proporcionen un apoyo continuo en el desarrollo del proyecto de vida de cada estudiante.

VISITA 3- STAND 2

2. DERECHOS SEXUALES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Lina Parra) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos. **(En rotación)**

Seguidamente se socializa el objetivo: Promover el empoderamiento de las y los jóvenes para participar en la defensa y exigencia de los derechos sexuales.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son los derechos sexuales? Son un conjunto de derechos humanos que permiten a las personas ejercer su sexualidad de manera libre, segura y sin discriminación

Estos son algunos de los derechos sexuales:

1. Decidir si ser o no sexualmente activo o activa; decidir cómo, cuándo y con quien tener relaciones afectivas y sexuales en el marco del mutuo respeto y consentimiento.

2. Decidir si tener o no pareja; consentir o no el matrimonio.

3. Poder expresar nuestras emociones y sexualidad.

4. Buscar una vida sexual placentera, segura y satisfactoria.

5. Disfrutar de nuestro cuerpo, recibir respeto por su integridad y a no ser sometidos a ningún tipo de violencia física, psicológica o sexual.

6. Derecho a la privacidad sexual y decidir lo que queremos hacer con nuestro cuerpo, sin hacernos daño ni afectando los derechos sexuales de otras personas.

7. No ser discriminado por nuestro sexo, género, orientación sexual o cualquier otra causa.

8. Poder acceder a servicios de salud de calidad en los que se garantice la privacidad y la confidencialidad. Estos servicios deben incluir asesoramiento en aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad.

9. Poder buscar, recibir e impartir información en relación con la sexualidad.

10. Recibir educación sexual.

Fin :Al terminar la socialización cada estudiante se le entregara lista de derechos sexuales y va a escoger un derecho cual y explicara el porqué de su escogencia, seguidamente mientras van participando van conectándose uno a otro por medio de la lana (La actividad se puede hacer con 10 estudiantes que estén distribuidos en todo el salón se quedan en el puesto que estén y se van conectando uno con otro por medio de la lana) al finalizar el ultimo estudiante, se lanza el dado y de acuerdo el número que salga , ese estudiante es quien va a recordar por lo menos 5 derechos y dará una reflexión general de los mencionados.(por eso todos deben estar atentos) Al finalizar se juega con la ruleta de la sexualidad y depende la imagen que le corresponda , de esa manera explica a sus compañeros su pensamiento al respecto.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La experiencia puede ser emocionalmente significativa para los estudiantes ya que se abordo desde un enfoque empático y de apoyo puede ayudar a los adolescentes a procesar sus emociones de manera saludable de igual forma A través de la educación sobre derechos sexuales, los adolescentes pueden desarrollar una mayor autoestima y confianza en sí mismos, al comprender mejor su cuerpo y sus derechos sexuales.

VISITA 3- STAND 3

3.DERECHOS REPRODUCTIVOS

: inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Garbiela Chavez) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos **(En rotación)**

Seguidamente se socializa el objetivo: Promover el empoderamiento de las y los jóvenes para participar en la defensa y exigencia de los derechos reproductivos.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son los derechos reproductivos? Son parte de los derechos humanos que protegen la salud y la libertad reproductiva de las personas.

Los derechos reproductivos: Comprende tu libertad y autonomía de decidir con responsabilidad si quieres tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién.

Estos son algunos de los derechos reproductivos principales:

1. Decidir si deseamos o no tener hijos e hijas, cuándo, su número y el tiempo transcurrido entre ellos y ellas.

2. No ser discriminada o recibir tratos desiguales por razón de quedar embarazada o ser madre (en la escuela, el trabajo, dentro de la familia, etc.). Las adolescentes embarazadas tienen derecho a seguir asistiendo a la escuela donde estudiaban antes del embarazo.

3. Acceder a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgo durante la gestión, el parto y la lactancia, y que aseguren el bienestar madre-hijo o hija. Recibir atención oportunidad y de calidad cuando la vida de la mujer está en peligro debido al embarazo.

4. Recibir información y educación para garantizar la autonomía reproductiva y la planificación familiar, garantizando confidencialidad y privacidad, especialmente a las y los adolescentes.

5. Acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces.

6. Disfrutar del nivel más elevado posible de salud reproductiva, libre de enfermedades y discapacidades por causas como: atención deficiente, desnutrición, exposición a elementos químicos o formas de violencia.

7. Acceder a métodos o procedimientos de fertilización en caso de requerir ayuda para lograr el embarazo deseado.

8. Estar protegidas de embarazos forzados, esterilización o aborto por imposición, obligación, presión o coacción; o contra cualquier tratamiento degradante y de violencia en relación con la reproducción.

Fin : Al terminar la socialización cada estudiante va escoger un derecho reproductivo y explicara el porqué de su escogencia, seguidamente mientras van participando van conectándose uno a otro por medio de la lana (La actividad se puede hacer con 10 estudiantes que estén distribuidos en todo el salón se quedan en el puesto que estén y se van conectando uno con otro por medio de la lana) al finalizar el ultimo estudiante, se lanza el dado y de acuerdo el número que salga , ese estudiante es quien va a recordar por lo menos 5 derechos y dará una reflexión general de los encionados.(por eso todos deben estar atentos.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: Trabajar los derechos reproductivos con estudiantes es una experiencia valiosa por lo que pueden tener un impacto significativo en su bienestar y en su capacidad para tomar decisiones informadas. La valoración de esta experiencia se centra en la efectividad de la educación, la participación de los estudiantes, la adecuación de las metodologías, y los desafíos encontrados. Con una planificación cuidadosa, una metodología adecuada y una evaluación continua, las actividades sobre derechos reproductivos pueden contribuir a una mayor comprensión, empoderamiento y bienestar de los estudiantes.

Participaron 82 distribuidos en los 3 salones de la IE (Cabe resaltar que el día de la realización de la sesión los estudiantes faltantes en el desarrollo de las actividades no asistieron a clases):

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	31	1	0	0	1	0	0	31	7	0	2	23	1	0	0	0	0
MUJER	0	0	42	4	0	0	0	2	0	44	18	0	0	28	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	74		0	0	1	2	0	77	25	0	2	53	1	0	0	0	0

IE BELLO HORIZONTE

FECHA 08/08/2024 HORA INICIO 6:30 AM

HORA FINAL 8:30 AM

"CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO".








Observación: Adecuaron 2 salones para la sesión 3 , un espacio fue abierto para el desarrollo de las actividades.

COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1.	Realizar Sesiones del Carrusel Educativo con los estudiantes de grados 9-10-11	EQUIPO PIC- 2024	Fechas concertadas en reuniones con equipo PIC

ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
NOMBRE	**DOCUMENTO**	**CARGO**	**FIRMA**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME	**Firma:**	Lina Parra Mejia
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

Sesión 3

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E.
Servicio con Calidad Humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Carnaval Educativo 90

NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval Educativo en I.E del municipio de Valledupar FECHA: 08/08/2024 LUGAR: I.E Bello Horizonte

RESPONSABLE: P. I. C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Dorany S figueroa f.		2	3	4	4	—	3217926682	Estudiante	Dorany S
2	Yainer David Llamas C.		1	3	4	4	—	3146765312	Estudiante	Yainer C.
3	Shaid Barnes Cabarcas	1067598904	2	5	4	4	—	3782067477	Estudiante	Shaid B.
4	Geilis Betancur López	1068386419	3	3	4	4	—	3246365493	Estudiante	Geilis Betancur
5	Maria Valentina Mendoza P.	1065623631	2	3	4	4	—	3015729511	Estudiante	Maria Mendoza
6	Shara Daniela Tapia F.		2	3	4	4	—	3233037626	Estudiante	Shara Tapia
7	Valery Orozco Hernandez	1084733790	2	3	4	4	—	3052749232	Estudiante	Valery Orozco H.
8	Alexandra Vilchez Bolivar	1082177694	2	3	4	4	—	3216628462	Estudiante	Alexandra Vilchez
9	Jesus Daniel Castilla Carrazal	1066287527	1	3	4	4	—	3206760765	Estudiante	Jesus Castilla
10	JHON BEYFER ortiz castilla	1065639784	1	3	4	4	—	3022776958	estudiante	JHon ortiz
11	Adan Andres cantillo cantillo	1065637459	1	3	4	4	—	3015799794	estudiante	Adan cantillo
12	Marlon Ricardo Martinez Madrid	1065639460	1	3	4	4	—	3106103449	Estudiante	Marlon
13	Nazhly Martinez Quintanilla		2	3	4	1	—	3012421163		Nazhly
14	Yineth Elis Pertuz		2	3	4	1	—	3133546646	Estudiante	Yineth Pertuz

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ESTUDIO ATENCIONES SALUD E.S.E.

15	Dani Marcela Gonzalez	1065625[illegible]	2	3	4	1	3195391693	—	estudiante	Dani Gonzalez
16	Nikol Dayana Arias	1.141.330.615	2	3	4	1	3028420442	—	Estudiante	Nikol Arias
17	Camila contreras		2	3	4	1	3205588159	—	Estudiante	Camila Contreras
18	Thayladis Orellano mejia	1066634904	2	3	4	1	3112390713	—	Estudiante	Thayladis Orellano.
19	Marielys Cervantes Pirona	1065860690	2	3	4	1		—	Estudiante	Marielys Cervantes.
20	Ana Karina Monroy G.	1066181919	2	3	4	1	3016953268	—	Estudiante	Ana Karina Monroy.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARIA DE SALUD

ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
.AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

9°

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Carrusel Educativo

NOMBRE DEL EVENTO: Carrusel Educativo En I.E del municipio de Valledupar FECHA: 08/08/2024 LUGAR: I.E Gdo Hernandez

RESPONSABLE: P.I.C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Juan David Garcia Castillo	1142514819	1	3	4	4	—	3026347179	Estudiante	Juan Garcia.
2	Guillermo Pinto M.	1066877390	1	3	4	4	—	3227237675	Estudiante	
3	Dana yate gonzalez	1065846987	2	3	4	1	—	3136880907	Estudiante	Dana yate
4	Normis Parada Seijano	1065829296	2	3	4	1	—	3247330191	estudiante	Normis Parada
5	Luis Ricardo Hozal Gonzalez	—	1	3	4	3	—	3006553910	Estudiante	Luis Ricardo Hozal G.
6	Andrea Camila Perez Betin	—	2	3	4	4	—	3014643310	estudiante	Andrea Perez.
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARIA DE SALUD

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

Sesión 3

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIOS CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Grado E. 10°

NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval Educativo en I.E del municipio de Valledupar.

RESPONSABLE: P.I.C

FECHA: 08/08/2024 LUGAR: I.E Bolivariano

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 28 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	NIKOL SILVA MUÑOZ	1065620701	2	3	4	4	—	3052777348	Estudiante	NIKOL
2	Bertha Marcela Velasquez	1065618314	2	3	4	1	—	3147519210	Estudiante	[illegible]
3	Mayoris Valdales Vega		2	3	4	4	—	3232470[illegible]	estudiante	mayoris
4	Mayeli Acosta Bustillo	1066875857	2	3	4	4	—	3043601776	estudiante	Mayeli
5	Lauris Marcela López Cortés	1067606930	2	3	4	4	—	3106445453	estudiante	Lauris López
6	Linda Rojas Suarez	1065633964	2	3	4	1	—	3186397982	Estudiante	[illegible]
7	Yoxcan David Mateus Aguilar	1067607735	1	3	4	1	—	3197806421	Estudiante	Yoxcan.
8	Cabrera Garcia Yadis Esther		2	3	4	1	—	3217625371	estudiante	Yadis
9	Rafael Cantero Arrieta	1062808752	1	3	4	1	—	3182814344	Estudiante	Rafael.
10	Daniel Palencia Garizao		1	3	4	1	1	3002544758	Estudiante	Daniel palencia
11	Oliver Daniel Mendoza Padilla		1	3	1	1	—	3204325433	Estudiante	Oliver Mendoza P.
12	Laura Sofia Simanca De Arroyo	1096063582	2	3	4	1	—	3027940509	Estudiante	Laura Simanca
13	Mariana Sofia Moza Villarreal		2	3	4	4	—	3107105256	Estudiante	Mariana Moza.
14	David David Rosado Cruz	1067605279	1	3	4	4	—	3049781863	Estudiante	David Rosado

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

15	Stefany Paola Ramos Navarro	1061608410	2	4	4	4	3242451077	—	Estudiante	Stefany
16	Cristian Rodriguez Ballesteros		1	3	4	4	3042958919	—	estudiante	Cristian
17	Andres Felipe Beleño Perez	1066281808	1	3	4	4	3014379752	—	Estudiante	Andres
18	Wilhelm Zaig Bolm Toro	1066284756	1	3	4	1	3024315918	—	Estudiante	
19	Juan Manuel Rodriguez	1064600662	1	3	4	1	3203589136	—	Estudiante	
20	Jumbeth Alvarez B.	1066282375	1	3	4	4	3008539167	—	Estudiante	Jumbeth A.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Consejo Educativo 10°

NOMBRE DEL EVENTO: Consejo Educativo en I.E del municipio de Valledupar. FECHA: 08/08/2024 LUGAR: I.E Bello Horizonte

RESPONSABLE: P.I.C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Valery Gutierrez Carrillo	1080434278	2	3	0	0	0	3003878641	Estudiante	
2	Marvuris Alvaro mendoza	1087918877	2	3	0	1	0	3005947768	Estudiante	
3	Mariangel Padilla Santiago	1066092477	2	3	0	0	0	3004842992	Estudiante	
4	Gerson Camilo Meneses Tilano	1066875377	1	3	0	1	0	3004073447	Estudiante	GersonMeneses
5	Joseph David herrera	1065621407	1	3	0	0	0	3052724984	Estudiante	Joseph
6	Eidi Sandrid Rojo	1066874990	2	3	0	1	0	3215384699	Estudiante	EYDI
7	Estefany Palmacido Polo		2	3	0	0	0	3042876896	Estudiante	Estefany
8	Deimar yesid Padilla mercado	1065604017	1	3	0	1	0	3216605107	Estudiante	Deimer
9	Keiner Javier Fontalvo Obregón	1065624477	1	3	0	0	0	3216775140	Estudiante	Keiner
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

11°

ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Carnaval Educativo

NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval educativo en I.E del municipio de Valledupar. FECHA: 08/08/2024 LUGAR: I.E Bello Horizonte.

RESPONSABLE: P.IC

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Lina marcela muñoz Arias	1065620703	2	3	2	1	—	3184397584	Estudiante	Lina muñoz a.
2	Yarelis paola chamorro Rat	1.007034470	2	3	4	1	—	3042835860	Estudiante	Yarelis Chamorro.
3	Dariana Torres Tinoco	1.066.282.914	2	3	4	4	—	3215502503	Estudiante	Dariana T.
4	Jesus Campo Zarrola	1067602444	1	3	4	4	—	3013433040	estudiante	Jesus campo
5	Julio Cesar [illegible]	1063561821	1	3	4	4	—	3225257497	estudiante	Julio marquez
6	Jeanneth Mendez Fernandez	2709728	2	4	4	3	—	3042600384	Estudiante	[illegible]/M.
7	Ana Maria Mora M	1082372744	2	3	4	4	—	3206076545	Estudiante	Ana Mora.
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARIA DE SALUD

11°

"CRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Consejo Educativo

NOMBRE DEL EVENTO: Consejo Educativo en I.E del municipio de Valledupar FECHA: 08/08/2024 LUGAR: I.E Beto Montero

RESPONSABLE: P.I.C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (50 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yoseth Alejandra Rodriguez M.	1067606653	2	3	4	1	—	3148723601	Estudiantes	
2	Aaron Felipe Noriega	1102823419	1	3	4	1	—	3207336976	Estudiante	
3	Sheila Vanessa Valdez P	1082272153	2	3	4	4	—	3215396391	estudiante	
4	Elias David Blanco Daniescu	1066871277	1	3	4	4	—	3214053757	estudiante	
5	Juan David Uslate Rico	1031810550	1	3	4	4	—	3126397609	estudiante	
6	Daniela Suarez Maestre	1067602693	2	3	4	4	—	3045213321	Estudiante	
7	Juan Carlos Contreras	6778367	1	4	4	3	—	3116729470	Estudiante	
8	Amada Jose De Oro	1065639537	2	3	4	4	—	3153090397	estudiante	
9	Nayareth Carrión Caicedo	2066893472	2	3	4	1	—	3009122827	estudiante	
10	Juan Carlos Suarez	1066606547	1	3	4	4	—	3005563907	Estudiante	
11	Alexandra Montero Daza	1066870301	2	4	2	1	—	3042115074	Estudiante	
12	Richer Leonardo Barrios Daza	1067000488	1	3	4	4	—	3012057926	Estudiante	
13	Henry Caleb Caborcas Hinojosa		1	3	4	4	—	3012321566	Estudiante	
14	Paula Andrea Ortiz Sereriche	1066284035	2	3	4	4	—	3006782089	Estudiante	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

CRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
\N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

15	Luis miguel manjarres	1118746708	1	3	4	4		3137244126	Estudiante	Luis manjarres
16	Yuri carolina carbono duarte	1065.628.676	2	3	4	1		3003911111	Estudiante	Yuri carbono
17	Shirley yesenia perez	1065602200	2	4	4	4		3124169788	Estudiante	Shirley Perez
18	Ingris Barrios Cantillo	1131005335	2	3	4	4		3025920080	Estudiante	Ingris Barrios
19	Jemmy Carolina Gamarra	1022942202	2	4	4	4		3011466228	Estudiante	Jemmy Gamarra
20	Veronica Chaves Diaz	1141319158	3	4	4	4		3215681658	Estudiante	Veronica Chaves Diaz

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

CARRUSEL EDUCATIVO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO



20 AGOSTO

Colegio Consuelo Araujo 6:30 A.M.

HEAD

PIC

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

Otra característica de proyecto de vida es su flexibilidad. No es estático; se puede amoldar y adecuar a las circunstancias e imprevistos que surjan en la trayectoria de vida.

Tu proyecto inicial se puede cambiar, sin embargo, al plantearlo debes tomar en cuenta tus deseos, intereses, gustos, personalidad y posibilidades.

Dimensiones del proyecto de vida

Dimensión	¿ A qué se refiere?	¿Qué preguntas me debo plantear?
Personal	Se refiere al tipo de persona que quiero ser en cuanto a valores, actitudes, afectos y todo lo relacionado con el desarrollo personal.	¿Qué tipo de persona quiero llegar a ser? ¿Qué valores y actitudes quisiera tener?
Familiar	Hace referencia a las acciones que debemos realizar para mantener, fortalecer o afianzar las relaciones con quienes consideramos nuestra familia.	¿Qué tipo de relaciones quiero cultivar?
Educativo profesional	Se relaciona con nuestras aspiraciones educativas y de aprendizaje, encaminadas a nuestra formación profesional y a lo que nos queremos dedicar.	¿Qué quiero estudiar? ¿Qué me interesa? ¿Cuales son mis habilidades y aptitudes?
Laboral	Esta dimensión se relaciona con el trabajo, a lo que nos queremos dedicar para obtener un ingreso económico que nos permita satisfacer nuestras necesidades.	¿Qué clase de trabajo me gustaría tener? ¿En qué quisiera trabajar?
Sentimental afectivo	Se refiere a las relaciones interpersonales que deseo establecer.	¿Qué tipo de vida afectiva quiero tener? ¿Cómo y con quiénes quiero vivir? ¿Quiero tener pareja? ¿Quiero o no quiero tener hijos/as?

Fin: Luego de explicar la temática, se entrega a cada uno de los estudiantes hoja impresa con las dimensiones del proyecto de vida para que cada uno la diligencie de acuerdo a sus conceptos propios (Del proyecto de vida que cada uno quiere) y conocimientos adquiridos en la clase.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: Trabajar con estudiantes del IE CONSUELO ARAUJO NOGUERA, sobre el proyecto de vida han demostrado ser valiosas para el desarrollo personal y académico de los jóvenes. A través de estas tividades, los estudiantes han tenido la oportunidad de clarificar sus metas, desarrollar habilidades de planificación, y adquirir herramientas prácticas para alcanzar sus objetivos. Sin embargo, para maximizar el impacto, es crucial adaptar las actividades a las necesidades individuales, superar desafíos identificados, y proporcionar un apoyo continuo. Con una planificación adecuada y una evaluación continua, estas actividades pueden desempeñar un papel significativo en la formación de un proyecto de vida sólido y motivador para los estudiantes.

2. DERECHOS SEXUALES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Lina Parra) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos. **(En rotación)**

Seguidamente se socializa el objetivo: Promover el empoderamiento de las y los jóvenes para participar en la defensa y exigencia de los derechos sexuales.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son los derechos sexuales? Son un conjunto de derechos humanos que permiten a las personas ejercer su sexualidad de manera libre, segura y sin discriminación

Estos son algunos de los derechos sexuales:

1. Decidir si ser o no sexualmente activo o activa; decidir cómo, cuándo y con quien tener relaciones afectivas y sexuales en el marco del mutuo respeto y consentimiento.

2. Decidir si tener o no pareja; consentir o no el matrimonio.

3. Poder expresar nuestras emociones y sexualidad.

4. Buscar una vida sexual placentera, segura y satisfactoria.

5. Disfrutar de nuestro cuerpo, recibir respeto por su integridad y a no ser sometidos a ningún tipo de violencia física, psicológica o sexual.

6. Derecho a la privacidad sexual y decidir lo que queremos hacer con nuestro cuerpo, sin hacernos daño ni afectando los derechos sexuales de otras personas.

7. No ser discriminado por nuestro sexo, género, orientación sexual o cualquier otra causa.

8. Poder acceder a servicios de salud de calidad en los que se garantice la privacidad y la confidencialidad. Estos servicios deben incluir asesoramiento en aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad.

9. Poder buscar, recibir e impartir información en relación con la sexualidad.

10. Recibir educación sexual.

Fin :Al terminar la socialización cada estudiante se le entregara lista de derechos sexuales y va a escoger un derecho sexual y explicara el porqué de su escogencia, seguidamente mientras van participando van conectándose uno a otro r medio de la lana (La actividad se puede hacer con 10 estudiantes que estén distribuidos en todo el salón se quedan en el puesto que estén y se van conectando uno con otro por medio de la lana) al finalizar el ultimo estudiante, se lanza el dado y de acuerdo el número que salga , ese estudiante es quien va a recordar por lo menos 5 derechos y dará una reflexión general de los mencionados.(por eso todos deben estar atentos) Al finalizar se juega con la ruleta de la sexualidad y depende la imagen que le corresponda , de esa manera explica a sus compañeros su pensamiento al respecto.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La actividad sobre derechos sexuales con estudiantes ha sido altamente efectiva en educar y empoderar a los jóvenes sobre sus derechos sexuales y reproductivos. A través de una metodología participativa y recursos adecuados, los estudiantes han adquirido conocimientos valiosos y han experimentado una mayor apertura y confianza en la discusión de temas sensibles. Los beneficios globales de la actividad son significativos. Con ajustes continuos y una atención a las necesidades individuales, las futuras actividades pueden seguir mejorando y ampliando el impacto positivo en la vida de los estudiantes.

VISITA 3- STAND 3

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Gabriela Chávez) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiarán de la actividad cada 40 minutos **(En rotación)**

Seguidamente se socializa el objetivo: Promover el empoderamiento de las y los jóvenes para participar en la defensa y exigencia de los derechos reproductivos.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son los derechos reproductivos? Son parte de los derechos humanos que protegen la salud y la libertad reproductiva de las personas.

Los derechos reproductivos: Comprende tu libertad y autonomía de decidir con responsabilidad si quieres tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién.

Estos son algunos de los derechos reproductivos principales:

1. Decidir si deseamos o no tener hijos e hijas, cuándo, su número y el tiempo transcurrido entre ellos y ellas.

2. No ser discriminada o recibir tratos desiguales por razón de quedar embarazada o ser madre (en la escuela, el trabajo, dentro de la familia, etc.). Las adolescentes embarazadas tienen derecho a seguir asistiendo a la escuela donde estudiaban antes del embarazo.

3. Acceder a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgo durante la gestión, el parto y la lactancia, y que aseguren el bienestar madre-hijo o hija. Recibir atención oportunidad y de calidad cuando la vida de la mujer está en peligro debido al embarazo.

4. Recibir información y educación para garantizar la autonomía reproductiva y la planificación familiar, garantizando confidencialidad y privacidad, especialmente a las y los adolescentes.

5. Acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces.

6. Disfrutar del nivel más elevado posible de salud reproductiva, libre de enfermedades y discapacidades por causas como: atención deficiente, desnutrición, exposición a elementos químicos o formas de violencia.

7. Acceder a métodos o procedimientos de fertilización en caso de requerir ayuda para lograr el embarazo deseado.

8. Estar protegidas de embarazos forzados, esterilización o aborto por imposición, obligación, presión o coacción; o contra cualquier tratamiento degradante y de violencia en relación con la reproducción.

Fin : Al terminar la socialización cada estudiante va escoger un derecho reproductivo y explicara el porqué de su escogencia, seguidamente mientras van participando van conectándose uno a otro por medio de la lana (La actividad se puede hacer con 10 estudiantes que estén distribuidos en todo el salón se quedan en el puesto que estén y se van conectando uno con otro por medio de la lana) al finalizar el ultimo estudiante, se lanza el dado y de acuerdo el número e salga , ese estudiante es quien va a recordar por lo menos 5 derechos y dará una reflexión general de los :ncionados.(por eso todos deben estar atentos.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia:

Participaron 84 distribuidos en los 3 salones de la IE (Cabe resaltar que el día de la actividad no asistieron algunos estudiantes)

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	38	4	0	0	2	1	0	39	15	0	2	25	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	39	3	0	0	0	2	0	40	12	0	0	30	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	77	7	0	0	2	3	0	79	27	0	2	55	0	0	0	0	0

IE CONSUELO ARAUJO NOGUERA
FECHA 20/08/2024 HORA INICIO 6:30 AM
HORA FINAL 8:30 AM
"CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO".













COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1.	Realizar Sesiones del Carrusel Educativo con los estudiantes de grados 9-10-11	EQUIPO PIC- 2024	Fechas concertadas en reuniones con equipo PIC

ANEXOS:	**LISTADO DE ASISTENCIA**		
NOMBRE	**DOCUMENTO**	**CARGO**	**FIRMA**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME	**Firma:**	Lina Parra M.
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARÍA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Canusel sesion 3 Grado 9°

NOMBRE DEL EVENTO: Canusel Educativo de la sexualidad en tu colegio.

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 20-8-2024 LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 a/os hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 26 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (27 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Nancy Esther De Aguas Rueda		2	3	4	4	0	3003036013	—	Nancy De Aguas R.
2	Maria Jose Villadiego J		2	3	4	4	0	3126731308	—	Maria
3	Luis Alejandro Yaht Acosta	1065651960	1	3	4	4	0	3203103113	—	[illegible]
4	Alisavid castro Avila		1	3	4	4	0	3147679661	—	[illegible]
5	Daniela Sofia Ramos Bravo		2	3	4	4	0	3002300417	—	[illegible]
6	Laura daniela Navarro	1067607543	2	3	4	4	0	3127742982	—	Laura
7	Ruth Rodolino R.	1024047884	2	3	4	4	0	3043864464	—	[illegible]
8	Benjamin CARVajalino		1	3	4	4	0	3122255638	—	Benjamin
9	Quintero Arrieta Jesus David		1	3	4	4	0	3045576740	—	Jesus David
10	Pineda Cuyle Joel David		1	3	1	4	0	3114112440	—	Joel David
11	Olivella Jalitie Luis Angel		1	3	4	1	0	3003379018	—	[illegible]
12	Moreno Hoyos Diana Alexandra	1066879089	1	3	1	1	0	3052480523	—	Diana
13	Yuminis Daniela cervantes C	1065625605	2	3	4	4	0	3135582165	—	[illegible]
14	Duvan Felipe Torres	1067607640	1	3	2	1	0	3233544178	—	Duvan, T.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO (CUAL): Comisel sesion 3 Grado 9°

NOMBRE DEL EVENTO: Comisel educativo de la sexualidad en tu colegio

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 20-08-2024 LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 años hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Mariam Pertuz.	1066285227	2.	3.			—	3117810180.	Estudiante	Mariam Pertuz
2	Juliana Rangel	1067609038	2	3	4	4	—	3043966146	Estudiante	Juliana Rangel.
3	Andrea Lombana	1065630888	2	3	4	4	—	3225198875	Estudiante	Andrea Lombana
4	Daniel García	5199822	1	3	4	3	—	3044584645	Estudiante	Daniel García
5	Xavier Medrano	1067607876	1	3			—	3232478200	Estudiante	Xavier
6	Julieth Vizcaino	1177213093	2	3	4	4	—	3004170224	Estudiante	Julieth.
7	Yenneidis Camacho	1065854604	2	3	4	4	—	3245434698	Estudiante	Yenneidis C.
8	Ana Maria Galvis		2	3	4	4	—	3017612601	Estudiante	Ana Maria
9	Hugo Andres Pereira Rosa	1060626410	2	3	4	4	—	3023454619	Estudiante	Hugo Andres
10	Erik Isabel Cuello Guerra		2	3	4	4	—		Estudiante	Erik Cuello
11	José Miguel Tapia Moreno	1.101.816.106	1	3	4	4	—	300 190 4262	Estudiante	José miguel
12	Jesus David Castro De Avila		1	3	4	1	—	3242535073	Estudiante	Jesus Castro
13	Luis A. Vatt Acosta	1065 651 460	1	3	4	1	—	3203510713	Estudiante	
14	Luis Eduardo Crespo Pulido	1142992762	1	3	4	4	—	3103591917	Estudiante	Luis

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Consejo sesion 3 Sesión 3 Grado 9°

NOMBRE DEL EVENTO: Consejo Educativo de la sexualidad en tu colegio

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 20-8-2024 LUGAR: I.E. consuelo Araujo Noguera.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (0 años hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (+60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Maria José valle oliveira	1.066.284.88[illegible]	2	3	2	1	—	3003194574	estudiante	maria José valle.
2	Elkin Smith Robles	1		3	4	1	—	3726732978	estudiante	elkin Robles
3	Juan José Calvo altahona	1065627006	1	3	2	1	-	3143492939	estudiante	Juan Calvo
4	William Andres Oñate A.	1.667847803	1	3	2	1	-	3015847803	Estudiante	William Oñate
5	Armando Steven Valbuena	1065610177	1	3	2	4	-	3242275646	Estudiante	Steven Valbuena
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD) Personas con Discapacidad.
*LGBTIQ+ Comunidades de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EVARISTO ARAZO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Carrusel Educativo Grado 10°

NOMBRE DEL EVENTO: Carrusel educativo de la sexualidad en tu colegio FECHA: 20/08/2024 LUGAR: Consuelo Arazo Noguera

RESPONSABLE: P. I.C

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS 1. ARIO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMAS 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Fiorella Calvo Tijaro	1066282990	2	3	4	1	—	3183153977	alumno	Fiorella Calvo.
2	Erika Fernandez Pacheco	1066872196	2	3	4	4	—	3052747512	alumno	Erika Pacheco
3	Alix Suarez Gonzalez	1049291916	2	3	4	4	—	3107852372	Alumna	Alix Suarez
4	Kamilo Andres Zapata	1067.[illegible]713	1	3	4	1	—	3007972651	Alumno	Kamilo
5	Daniela Galindo Nieves	1066284247	2	3	4	1	—	3013393847	Alumna	Dani G.
6	Daniel Yeith Rua	1067737317	1	3	4	1	—	3052756083	Alumno	Daniel Rua
7	Valentina Hernandez T.	1067888852	2	3	4	1	—	3005256819	Alumna.	Valentina H.
8	Nicol Tatiana Tovar G.	1091361249	2	3	4	1	—	3243780097	Alumna	Nicol
9	Maura Michel Villalobo.	1129165618	2	3	4	4	—	3001092177	Alumna	Maura.
10	Lineth Kamila Mercado	1141116207	2	3	4	1	—	3011992573	alumna	Lineth
11	Kenia ulloa Guette	1065606300	2	3	4	1	—	3235799452	alumna	Kenia Ulloa ♡
12	Yandi Mosquera	1066283491	2	3	4	1	—	3217470280	alumna	Yandi M.
13	Maria Alejandra Peña	1067812529	2	3	4	4	—	3054615493	alumno	Maria.
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

10°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Carrusel Educativo

NOMBRE DEL EVENTO: Carrusel educativo en tu colegio de la sexualidad FECHA: 20/08/2024 LUGAR: Consuelo Arroyo Nogueira

RESPONSABLE: P.I.C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (0 años hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMAS 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2 PCD 3 CUIDADOR PCD 4 LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Cristal Andrea Meza Franco	1082480192	2	3	4	4		3160557665	estudiante	Cristal Meza
2	Hamilda Andrea Zapata Fonseca	1067604112	2	3	4	1		3152454022	Estudiante	Hamilda Fonseca
3	Ivan Canuto Roca		1	3	4	4		3003453772	estudiante	Ivan
4	Naudelin Julieth Rivera Ochoa	1065625321	2	3	4	4		3013318888	estudiante	Naudelin
5	Mylideth Yepes Daza	1120744474	2	3	4	1		3016166813	Estudiante	Mylideth
6	Jose Antonio Lopez Sosa		1	3	4	1			estudiante	Jose Antonio
7	William Yesid Manzano		1	3	4	1		3243624803	estudiante	
8	Daiwi Jhoseiten Hernández Gutiérrez	6583477	1	4	4	3		3026810134	Estudiante	
9	samir Alfonso maestre	1082909244	1	3	4	1		3173970451	estudiante	samir
10	Melisa Rivera Martinez	1066827888	2	3	4	4		3046431679	Estudiante	Melisa Rivera
11	Octavio José Avendaño	1067601609	1	3	4	4		3216624682	Estudiante	Octavio Avendaño
12	Emmanuel Rodriguez	1067608537		3	4	4		3122362191	Estudiante	Emmanuel
13	Maria Elvira Vergara	1065631948	2	3	4	4		3234820787	Estudiante	Maria Oliva
14	Jhonaton David Uriles Contreras	1066872986	1	3	4	1		3008548096	Estudiante	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO. ¿CUAL?: Carnisel Educativo Grado 10:-

RESPONSABLE: P.I.C NOMBRE DEL EVENTO: Carnisel educativo de la sexualidad en tu colegio FECHA: 20/08/2024 LUGAR: Consuelo Araujo Noguera.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (0 años hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3 CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Andrea José Romero maestre	1067598426	1	3	4	1	—	3162497002	estudiante	Andrea
2	Daniela José Villegas Torres	1065596848	1	4	4	4	—	300 6961850	estudiante	Daniela
3	Jesus Eduardo Barrios Contreras	1065596844	1	4	4	4	—	3044588519	estudiante	Jesus
4	Luis Eduardo Romero V.	1067598426	1	4	4	4	—	3136202465	Estudiante	Luis
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD) Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+ (Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores)

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

11°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Consejo Sesion 3 ☺ 11

NOMBRE DEL EVENTO: Consejo educativo de la salud sexual y reproductiva en tu colegio

RESPONSABLE: P.I.C FECHA:____ LUGAR: IE · consullo Araujo

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	OTROS 1. DESPLAZADO 2. DISCAPACIDAD 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Jose Daniel Arias Gutierrez	1066286446	Hombre	Adolescencia	4	4	4	3043812801		Jose D. Arias
2	Javier Jesus Medina León	32.255.327	Hombre	Juventud	4	3		3007210148		
3	Karen yulieth Acero Cantor	1091355266	2	4	4	4		3158703654		Karen Acero
4	Jeira Marcela Torres Serrano	1062397400	2	3	4	1		3226484024		Jeira Torres
5	Heribeth Rudis Coronel	1067602332	2	3	4	4		3002372378		Heribeth R.
6	Camila andrea castro M.	1065603035	2	4	4	4		3004211552		Camila Castro
7	Luis Alberto Benitez Soto	1065616897	1 Hombre	3	4	4		3016342927		Luis Benitez
8	Nicol Dayana Caro Sosa	1064789130	2	4	4	4		3022999680		Nicol Caro
9	Shaila Restrepo Galindo	1118823203	2	3	4	4		3245454483		Shaila Restrepo
10	Leismy Martinez Caldera	1102269303	2	4	4	4		3207345776		Leismy Martinez
11	Yuliith Paola Palma Alvarado	1065656963	2	3	4	4		3246323271		Yuliith
12	Claudia Daniela Cangalino	1065616719	2	3	2	1		3209539413		Claudia Carvajal
13	Omar Yesith Bolivar Gonzalez	1065614990	1	5	A	A		3238171857		Omar
14	Nayareth Contreras Agua	1065594753	2	4	4	4		3113113235		Nayareth

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO. ¿CUAL?: Carnaval Sesión 3 11°

NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval Educativo de la sexualidad En tu Colegio

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 20-8-2024 LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 26 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (27 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3 CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Carlos Andres Mendoza Aguilar	1061603619	1	3	4	4	—	3043768494		
2	Dennel Armando Luna M.	7665596582	1	4	4	4	—	3145813328		
3	Jhon Santiago Mena Rueda	1067605045	1	3	4	4	—	3138490889		
4	Sebastian David Simmonds A.	1067601839	1	3	4	4	—	3128832079		
5	Cristian Fernando Ramirez	1064790539	1	3	4	4	—	3043313773		
6	Jose Victor Arias Peña	1066283693	1	3	2	1	—	3016489612		
7	Brenda Avila Caamaño		2	3	2	1	—	3188088189		
8	Geraldine Benavides Martinez	1066283708	2	3	4	4	—	3046166902		
9	Miguelangel Velilla Tolosa	1067596091	1	3	4	4	—	3014470914		
10	Sergio Andres Lopez O.	1095582133	1	3	4	4	—	3053743987		
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

CARRUSEL EDUCATIVO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO



Agosto

5

I.E.
JOSÉ E.
MARTÍNEZ
10:00 AM

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

PIC

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETRARIA LOCAL DE SALUD** **E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024** **ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024										
LUGAR:	IE JOSE EUGENIO MARTINEZ			**FECHA**	05/08/2024			**HORA INICIO**	10:00 AM		
								HORA FINAL	12:00 AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	CARRUSEL EDUCATIVO					
TEMA:	INFORMACION EN SALUD SOBRE: AUTOESTIMA, RELACIONES INTERPERSONALES, TOMA DE DECISIONES.										
OBJETIVO:	Fortalecer el conocimiento en: Derechos Sexuales y Reproductivos, Toma de decisiones y proyecto de Vida, Reconocimiento de los métodos Anticonceptivos y la doble protección, conociendo las ITS y VIH.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Estudiantes 9, 10 11 de IE JOSE EUGENIO MARTINEZ										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 10:00 AM del día 05 de AGOSTO del presente año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, previa socialización en el encuentro educativo con padres de familia, cuidadores y estudiantes de los grados mencionados , se realiza en el día y hora estipulada, desarrollo de la actividad de la Sesión 4 del Carrusel Educativo convocada por la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024, con el fin de Fortalecer el conocimiento en Salud Sexual Y Reproductiva en el marco de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de los estudiantes de 9°, 10° y 11° de las Instituciones Educativas públicas del municipio de Valledupar mediante estrategias lúdico-educativas en busca de generar empoderamiento y disminuir la ocurrencia de embarazos a temprana edad, enfermedades de trasmisión sexual y eventos de violencia sexual .

El desarrollo de la actividad se realiza en 3 STAND EDUCATIVOS en el siguiente orden a cargo de 3 Profesionales de la Psicología:

- VISITA 4 STAND 1 AUTOESTIMA (LINA MARIA PARRA MEJIA)
- VISITA 4 STAND 2 RELACIONES INTERPERSONALES (LILIANA AGUILAR)
- VISITA 4 STAND 3-TOMA DE DECISIONES (ROXANA GONZALEZ)

Luego se procedió al desarrollo de los temas por STAND, se realizó de la siguiente manera:

VISITA 4- STAND 1

1. AUTOESTIMA

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Lina Parra) da la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.(En rotación)

Seguidamente se socializa el objetivo: Identificar y potenciar su autoestima para vivir de una manera más integrada y plena.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

Se inicia con el desarrollo de la temática **¿Qué es la autoestima?**

Es la valoración que cada persona tiene sobre sí misma. No se trata simplemente de sentirse bien o mal con uno mismo; es una percepción profunda que afecta cómo nos vemos, cómo interactuamos con otros y cómo funcionamos con el resto del mundo.

¿Cómo formamos nuestra autoestima?

La formación de la autoestima es un proceso complejo y multifacético que comienza en la infancia y continúa evolucionando a lo largo de toda la vida. Este proceso es influenciado por una variedad de factores, incluidas nuestras experiencias, las relaciones que mantenemos, los éxitos y fracasos que enfrentamos, y la manera en que interpretamos

y reaccionamos ante las circunstancias de nuestra vida.

1. Influencias tempranas
2. Experiencias educativas y sociales
3. Cultura y medios de comunicación
4. Logros y fracasos
5. Reflexión y autoconciencia

¿Por qué es importante tener una buena autoestima?

Tener una buena autoestima se entrelaza con casi todas las facetas de nuestra vida, afectando nuestro bienestar psicológico, la calidad de nuestras relaciones, nuestra capacidad para tomar decisiones, y mucho más. Una autoestima saludable nos dota de una base sólida de respeto y amor propio, lo que a su vez nos hace más resilientes ante los desafíos y las adversidades. Esta resiliencia se traduce en una mayor capacidad para recuperarnos de los contratiempos y seguir adelante con una perspectiva positiva.

sarrollo: Se realiza la actividad Yo soy…: En esta dinámica para trabajar autoestima, se trabajará por parejas, uno nará el papel de comprador y el otro de vendedor. La actividad consiste en que el alumno se venda a sí mismo, determinando las razones por las que al comprador le conviene adquirirlo.

Participantes: Las rondas se realizan en parejas, uno representa al vendedor y el otro al comprador.

Consigna de partida: El profesional a cargo indica el comienzo de la actividad.

Se entrega una hoja a cada alumno en donde se encuentre plasmado en la parte superior la frase ''Yo Soy'', ahí los estudiantes deberán escribir su nombre.

Más abajo se podrá visualizar la misma frase, escrita aproximadamente unas 10 veces. Los alumnos deberán escribir las características propias que consideren más importantes, luego se colocan en parejas, uno hará el rol de vendedor y el otro de comprador.

El vendedor deberá venderse a sí mismo, por lo que tendrá que proporcionar todas las razones por las que el comprador debe adquirirlo.

Fin: Al finalizar la actividad, el profesor deberá preguntarle a sus alumnos cuales han sido las mayores dificultades ue presentaron al momento de completar la frase "Yo soy''. Posteriormente hará una reflexión de lo difícil que resulta ıra las personas reconocerse a sí mismos de forma positiva, además de que cada cualidad que tenemos va a depender de la persona con la que nos estemos comparando.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La actividad de autoestima tuvo un impacto muy positivo en los estudiantes ya que se implementaron estrategias en las que pudieron identificar características, habilidades y actitudes personales. Es esencial ser consciente de los desafíos y adaptar las estrategias a las necesidades individuales para lograr los mejores resultados.

VISITA 4- STAND 2

2. RELACIONES INTERPERSONALES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional Referente de DSDR , HEAD (Liliana Aguilar) da la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.

Seguidamente se socializa el objetivo: Fomentar la conexión, el apoyo y la comprensión entre individuos.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son las relaciones interpersonales?

Las relaciones interpersonales son las conexiones que establecemos con otras personas a lo largo de nuestras vidas. Estas relaciones implican la comunicación y el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias entre individuos. Las relaciones interpersonales pueden ser de diferentes tipos, como amistades, relaciones familiares, relaciones laborales

y relaciones amorosas.

La importancia de las relaciones interpersonales en la vida cotidiana

Las relaciones interpersonales son esenciales para nuestro bienestar emocional y social. Nos permiten sentirnos conectados, apoyados y comprendidos por otros individuos. Además, las relaciones interpersonales nos brindan la oportunidad de aprender y crecer a través de la interacción con diferentes personas y perspectivas.

Beneficios de tener buenas relaciones interpersonales

Mejor salud mental y emocional.

Mayor sensación de pertenencia y apoyo social.

Mejor capacidad para manejar el estrés y los desafíos de la vida.

Mayor satisfacción en las relaciones personales y laborales.

Mayor desarrollo personal y crecimiento.

Tipos de relaciones interpersonales

Existen diversos tipos de relaciones interpersonales, cada una con sus características y dinámicas propias:

Amistades: relaciones basadas en la confianza, el apoyo y la afinidad.

Relaciones familiares: vínculos entre parientes, como padres, hermanos, abuelos, etc.

Relaciones laborales: conexiones con compañeros de trabajo, jefes y subordinados.

Relaciones amorosas: parejas románticas y relaciones de pareja.

Cómo mejorar las relaciones interpersonales

Si deseas mejorar tus relaciones interpersonales, aquí hay algunos consejos útiles:

-Trabaja en tu comunicación: sé claro, escucha activamente y expresa tus sentimientos y necesidades.

-Fomenta la empatía: trata de entender y ponerse en el lugar de los demás.

-Establece límites saludables: comunica tus límites y respeta los límites de los demás.

prende a resolver conflictos de manera constructiva: busca soluciones en lugar de culpar o atacar a la otra persona.

-Desarrolla tu inteligencia emocional: reconoce y gestiona tus propias emociones y las de los demás.

Se realiza actividad denominada -El guía y el seguidor- Propósito: Crear técnicas de liderazgo y de comunicación.

Desarrollo: Formen equipos de dos: un miembro del equipo es el guía y el otro es el seguidor. El seguidor tiene los ojos vendados; el guía dirige al seguidor a través de una carrera de obstáculos. Después de un tiempo, los jóvenes cambian de función y repiten el proceso.

¿Cómo se sintieron al ser el guía ? ¿Qué aprendieron los jóvenes en cuanto a ser guiado ? ¿Qué aprendieron en cuanto a seguir y comunicarse con la persona a guiar ? ¿Qué les enseña esta actividad acerca de trabajar en equipo ?

Al finalizar se entregan folletos informativos .

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: Algunos adolescentes mostraron resistencia a compartir sus experiencias personales o a participar en actividades grupales debido a temores o inseguridades. Estos desafíos resaltan la importancia de crear un ambiente seguro y de apoyo donde todos los participantes se sientan valorados y comprendidos, al final se logro el objetivo y entendieron lo que se les transmitió.

VISITA 4- STAND 3

3. TOMA DE DECISIONES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Roxana González) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.

Seguidamente se socializa el objetivo: Proyectar a los estudiantes a la toma de decisiones apartir de alternativas efectivas y saludables.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué es la toma de decisiones?

La toma de decisiones es el proceso de elegir entre dos o más alternativas con el objetivo de alcanzar un resultado deseado. Este proceso puede ser simple o complejo y puede implicar varios pasos y consideraciones.

Componentes de la Toma de Decisiones

ntificación del Problema o Meta: Reconocer que hay una decisión que tomar. Esto puede ser una necesidad, un oblema a resolver o una oportunidad a aprovechar.

Recolección de Información: Buscar y reunir información relevante que pueda afectar la decisión. Esto incluye datos, hechos, opiniones y experiencias previas.

Evaluación de Alternativas: Considerar las diferentes opciones disponibles. Esto implica analizar las ventajas y desventajas de cada alternativa.

Tomar la Decisión: Seleccionar la opción que mejor se alinea con los objetivos y valores del decisor.

Implementación: Poner en práctica la decisión tomada.

Evaluación Posterior: Revisar los resultados de la decisión para ver si se alcanzaron los objetivos deseados. Esto ayuda a aprender de la experiencia y a mejorar futuras decisiones.

Tipos de Decisiones

Decisiones Rutinarias: Son decisiones que se toman de manera regular y no requieren mucha deliberación, como qué comer para el desayuno.

ecisiones Estratégicas: Son decisiones a largo plazo que tienen un gran impacto, como elegir una carrera o decidir mudarse a otra ciudad.

Decisiones Emergentes: Son decisiones que deben tomarse rápidamente debido a una situación inesperada, como responder a una emergencia.

Factores Psicológicos

Desarrollo Cognitivo: A medida que los jóvenes crecen, su capacidad para pensar abstractamente y considerar las consecuencias a largo plazo de sus decisiones mejora. Sin embargo, el cerebro humano no termina de desarrollarse completamente hasta los veintitantos años, lo que puede afectar la toma de decisiones.

Identidad y Autonomía: Durante la adolescencia, los jóvenes están en proceso de formar su identidad y ganar independencia. Esto puede llevar a la toma de decisiones que afiancen su sentido de autonomía, aunque no siempre sean las más racionales.

Influencias Sociales

Familia: Los valores y expectativas familiares pueden guiar las decisiones de los jóvenes, aunque también pueden causar conflicto si las expectativas familiares no coinciden con los deseos personales del joven.

Amigos y Pares: La presión de grupo puede ser una influencia significativa. Los jóvenes pueden tomar decisiones basadas en el deseo de encajar o de obtener la aprobación de sus pares.

Medios de Comunicación y Redes Sociales: La información y las imágenes presentadas en los medios pueden influir en las percepciones y decisiones de los jóvenes. Las redes sociales, en particular, pueden afectar la autoestima y las

decisiones relacionadas con la imagen personal.

Factores Contextuales

Educación: La formación y las experiencias educativas pueden proporcionar a los jóvenes las habilidades críticas necesarias para tomar decisiones informadas y responsables.

Entorno Socioeconómico: Las oportunidades y limitaciones económicas pueden influir en las decisiones relacionadas con la educación, el empleo y otros aspectos importantes de la vida.

Estrategias para Mejorar la Toma de Decisiones

Educación en Toma de Decisiones: Enseñar a los jóvenes habilidades específicas para la toma de decisiones puede ayudarlos a considerar las consecuencias de sus acciones y a evaluar opciones de manera crítica.

Fomentar el Pensamiento Crítico: Animar a los jóvenes a cuestionar y analizar información les ayuda a desarrollar una mentalidad crítica, lo cual es esencial para la toma de decisiones informadas.

Modelos a Seguir Positivos: Los jóvenes pueden beneficiarse de observar y aprender de adultos y pares que toman decisiones responsables y consideradas.

...nbientes de Apoyo: Crear entornos en los que los jóvenes se sientan seguros para expresar sus ideas y explorar diferentes opciones sin miedo al juicio puede mejorar su capacidad para tomar decisiones efectivas.

Fomentar una buena toma de decisiones en los jóvenes es esencial para su desarrollo personal y profesional, y requiere una combinación de apoyo educativo, emocional y social.

Fin: Luego de explicar la temática, se realizar la situación en una hoja impresa del caso de Carlos, en donde casa estudiante expondrá de acuerdo a lo aprendido y su punto de vista, la información requerida en cada recuadro.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: Trabajar sobre el tema de toma de decisiones es una experiencia reveladora y formativa. Los adolescentes están en una etapa crucial de desarrollo, donde aprender a tomar decisiones informadas y responsables es esencial para su crecimiento personal. Guiarlos en este proceso implica ayudarlos a entender la importancia de evaluar opciones, considerar consecuencias y tomar decisiones basadas en sus valores y metas. Mediante actividades prácticas y discusiones guiadas por el grupo de psicóloga pic, los jóvenes lograron en la actividad desarrollar habilidades críticas como el análisis y la reflexión, y aprender a manejar la presión y las influencias externas. Este foque no solo fortalece su capacidad para enfrentar desafíos futuros, sino que también les proporciona herramientas ra construir un futuro más consciente y satisfactorio.

Asistieron 82 estudiantes distribuidos en los 3 salones de la IE (Cabe resaltar que en el día de la sesión algunos estudiantes no fueron)

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZ DE F	CUI PCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	36	1	0	0	1	1	0	35	1	0	2	33	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	39	4	0	0	0	1	0	40	6	0	0	37	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	77	5	0	0	1	2	0	79	7	0	2	72	0	0	0	0	0

IE JOSE EUGENIO MARTINEZ

FECHA 05/08/2024 **HORA INICIO** 10:00 AM

HORA FINAL 12:00 AM

"CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO".









ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	SECRETRARIA LOCAL DE SALUD E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024 ACTA	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana



COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1.	Realizar Sesiones del Carrusel Educativo con los estudiantes de grados 9-10-11	EQUIPO PIC- 2024	Fechas concertadas en reuniones con equipo PIC

ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
NOMBRE	**DOCUMENTO**	**CARGO**	**FIRMA**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME	**Firma:**	Lina Parra M.
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUP

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: CUAL?: Convivencia 4º Sesión 9ª

NOMBRE DEL EVENTO: Agenda Educativa de la SSR en tu colegio

RESPONSABLE: P.I.C. FECHA: 5-8-2024

LUGAR: I.E. José Eugenio Mendoza

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Angelo andrea Pineda		2	3	4	4	—	375 728 9942	Estudiante	Angelo Pineda
2	Anabell Martinez Hinojosa	1066286639	2	3	4	1	—	3244125824	Estudiante	
3	Sebastian Jose Bruges		1	3	4	4	—	3024644967	Estudiante	Sebastian Bruges
4	Juan Esteban Barrios	1012383655	1	3	4	4	—	3184679987	Estudiante	Juan P
5	Dana Valentina Hernández	1117933039	2	3	4	4	—	3223571128	Estudiante	Dana
6	Diarac Dileg Celedón Arcón	1066878335	2	3	4	4	—	3213051095	Estudiante	Diarac.
7	Wilmer David Aparicio Contreras	1066879043	1	3	4	4	—	301 629 8914	Estudiante	Wilmer
8	mateo Andres Perez cervantes		3	3	4	4	—	3215380857	Estudiante	mateo
9	Jose Amiro Yepeha Lemus	1067609473	1	3	4	4	—	3013692537	Estudiante	Jose Y
10	Diego Alejandro Peño		1	3	4	3	—	3146766677	Estudiante	Diego
11	Juan David Gomez P.		1	3	4	4	—		Estudiante	
12	Camilo Andres Padilla Forte	1066296659	1	3	4	4	—	3005953161	Estudiante	Camilo
13	Edwin casares orozco	1913114114	1	3	4	4	—	3016606041	estudiante	Edwin
14	Anabith Jalith Brito Fiore	1067605005	2	3	4	4	—	3043257334	Estudiante	Anabith
15	Luna Cristal Fajardo V.	1067611001	2	3	4	4	—	3012778369	estudiante	Luna
16	Natalia Escell Redondo	1064614726	2	3	4	4	—	3052757713	Estudiante	Natal
17	Rosa Elvira Mejia Silva	1066817066	2	3	4	4	—	3183290934	Estudiante	Rosa
18	Tiffanny I. Barragán Vi.	1065859183	2	3	2	3	—	3785502007	Estudiante	Tiffanny
19	Nader Báez Rodriguez		1	3	4	4	—	3145650902	Estudiante	Nader
20	Jaider David Rodriguez		1	3	4	4	—	312 291 4609	Estudiante	Jaider

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUF

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:__ CAPACITACION: X , OTRO: CUAL?: Carrusel 4º Sesión 6ta. 7ª
NOMBRE DEL EVENTO: Carrusel Educativo de la SSA en tu colegio
RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 5-8-2024.
LUGAR: I.E. José Eusebio Caro.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Alejandra Lopez Perez	1062354964	2	3	4	4	—	3002841984O	Estudiante	Alejandra
2	Santiago Pinzon ramirez	1066284638	1	3	4	4	—	3242246332	estudiante	Santiago
3	valentina Montes lopez	1066488057	2	3	4	4	—	3143114384	estudiante	Valentina
4	Juliana Manjarrez.	1065624982	2	3	4	4	—	3136540389	Estudiante	Juliana M.V
5	Juans Pérez Acosta	1065287029	1	3	4	4	—	314 294 2668	estudiante	
6	Eliana Castilla Arcos	1067608630	1	3	4	4	—	3077613684		
7	Maria Camila Ajzate O	1023529573	2	3	4	4	—	3016033053	Estudiante	Camila
8	Keil medrola	1067612374	1	3	4	4	—	3045752708	estudiante	Keil
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUP.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:__ CAPACITACION:__ OTRO: CUAL?: Carnaval 4ta Sesión - 10°

NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval educativo de la SSR en tu colegio

RESPONSABLE: P.I.C. FECHA: 05-08-2024

LUGAR: I.E José Eugenio Martinez

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Angel Andres Arrieta Diaz	1067600000	1	3	4	4		3003339018	Estudiante	
2	Sara Elizabeth Gallegos otero	1065852064	2	3	4	4		3042537618	Estudiante	
3	Nina Arleth Bula Fiago	1067610432	2	3	4	4		3043297334	Estudiante	Fiago.
4	Greily Murillo Barrios Valdeblanco	1066295420	2	3	4	4		3175473095	Estudiante	
5	Jesus Alberto Diaz Pabon	1067677552	1	3	4	4		3177477576	Estudiante	
6	Helen Dayana Jimenez Acuña	1065626987	2	3	4	4		3207669878	Estudiante	
7	Ana Maria Palomino Lozano	1149118164	2	3	4	4		318 9679987	Estudiante	Ana Maria P.
8	Natalia Carolina Vega Montes	1068607454	2	3	4	4		3122062527	Estudiante	
9	Yoiraida Isabel Salcedo Pino	1065638411	2	3	4	1		3234669779	Estudiante	Yoiraida.
10	Dary Michell Cabello Mieles	1067606883	2	3	4	4		3007288468	Estudiante	DMC.
11	José Ignacio Nuñez Andrade	1067606883	1	3	4	3		322 5962976	Estudiante	
12	Santiago Andres Zapata Ardila	1122464650	1	3	4	4		3332406347	Estudiante	Santiago Z.
13	Gabriella Andrea Rodriguez Bustos	1067608814	2	3	4	4		3005044897	Estudiante	Gaby Rodriguez
14	Isy Valentina Garcia Plata	1067605915	2	3	4	4		3025353510	Estudiante	Isy.
15	Laura Daniela Castillo	1066873434	2	3	4	4		3205011650	Estudiante	Laura.
16	Candanoza Cavadia Jesus	1143876600	1	3	4	4		3216419468	Estudiante	
17	Oscar becerra Mendoza	1065627671	3	3	4	4		3235791216	estudiante	
18	Karol Michel Ruiz Avendaño	1065621232	2	3	4	4		3013034387	Estudiante	
19	Andrea Yicheli Villarreal Mola	1065625290	2	3	4	4		3135032546	Estudiante	Andrea
20	Jorge Andres Ruiz Sic	1067602890	1	3	4	4		3017260092	Estudiante	

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUF

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E. Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: CUAL?: Curso 4ta sesión - 10°

NOMBRE DEL EVENTO: Consejo educativo de la SSR en tu colegio

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 05-08-2024

LUGAR: I.E José Eugenio Martinez

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 dias hasta 6 años 11 meses 29 dias 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 dias) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 dias 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 dias) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 dias) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Samir Andres Oviedo Torres	1065629875	1	3	4	4	—	3012491778	Estudiante	
2	Yolban Andres Cuevas Torres	1066814667	1	3	2	4		3114144463	Estudiante	
3	Stiven manuel Barranco Sanchez	1065639603	1	3	4	4		3024172493	Estudiante	
4	Saileth Emilia Bonett	1065627854	2	3	4	1		3116551304	Estudiante	Saileth
5	Valentina Orango Oviedo	1065846640-1	2	3	4	4		3043673774	Estudiante	
6	Casa Jerecle Bonett	1066875026	2	3	4	4		3225376208	Estudiante	
7	Erick Clayton Bayona	1123997371	1	3	4	4		3106010465	Estudiant.	Erick Clayton
8	Yuliana Gulla Castro	1097496724	2	3	4	4		3045850653	Estudiante	Yuliana G.
9	Jasmin Flores Nava	31840321	2	4	4	4		3218752246	Estudiante	Jasmin Flores
10	JUAN JOSÉ AMIN ALVEAR	3148602668	1	3	4	4		3148602668	Estudiante	Juan
11	BREYNER ISAIAS TORRES ANGEL	1065661198	1	3	4	4		3023862171	ESTUDIANTE	BREYNER T.
12	Andres Fernández	1065985888	1	3	4	4		3159245915	Estudiante	Andres F.
13	Nicargen Manuel Jimenez De Avila	1063959553	1	3	4	4		3154947693	Estudiante	Nicargen Jimenez
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:__ CAPACITACION:__ OTRO: CUAL?: Consejo de Sesión 11ª.
NOMBRE DEL EVENTO: Consejo Educativo de la SSR en tu colegio
RESPONSABLE: P.Z.C FECHA: 5-8-2024
LUGAR: IE. JOSE EUSEBIO CAIZ.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. **PRIMERA INFANCIA** (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. **INFANCIA** (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. **ADOLESCENCIA** (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. **JUVENTUD** (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. **ADULTEZ** (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. **VEJEZ** (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Margarita Rosa Baena Montes	1067599554	2	4	4	1	—	3235872185	Estudiante	
2	Dianna Lucia M.	1065613339	1	3	4	4	—	310 6825289	Estudiante	
3	Tatiana Marcela Cabiales	1134169941	2	3	4	4	—	3125393122	Estudiante	Tatiana C.
4	Youlith Gisela Jaimes Miranda	1066283962	2	3	4	4	—	3117164669	Estudiante	Youlith J.
5	Fabiola Mejia colmenares	1065933311	2	4	4	4	—	3053744411	Estudiante	Fabiola
6	Yelmys Vasquez Ortega	1083469134	2	3	4	1	—	3045772705	Estudiante	
7	Johnson Marquez.	1065600210	1	3	4	4	—	3013434951	Estudiante	Johnson.
8	Michell Carolina Fontanilla	1001001961	2	3	4	1	—	3209514521	Estudiante	Michell C
9	Valentina Barros	1066874105	2	3	4	1	—	3116919041	Estudiante	Valentina
10	Santiago Andres Manjarrez Flores	1067608915	1	3	4	4	—	3158055923	Estudiante	
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:__ CAPACITACION: X OTRO: CUAL?: Cumplimiento 4ta Sesion Grado 11-

NOMBRE DEL EVENTO: Cumplimiento Educativo de la SSR en tu colegio

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 5-8-2024

LUGAR: I.E. JOSE EUSEBIO CAIZ.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 dias hasta 6 años 11 meses 29 dias 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 dias) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 dias 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 dias) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 dias) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yahier Fernandez Fragozo	1122400245	1	4	4	4	—	3224984223	estudiante	
2	Maria Alejandra De Avila	1019027134	2	4	4	1	—	3115344415	Estudiante	
3	Ayleen Vanessa Pardo Martinez	1066283674	2	3	4	1	—	3258027663	estudiante	
4	Mirleidys Vireth Mejia Benavides	1066283283	2	3	4	4	—	3195978572	estudiante	Mirleidys M.
5	Alan José Navarro Peña	1066607610	1	3	4	4	—	3006118542	estudiante	Alan José
6	Sebastian David Lozano contreras	1021979724	1	3	4	4	—	3102247828	estudiante	
7	Karina Marcela Orozco Arias	1.065.621.308	2	3	4	4	—	301.3075519	Estudiante	Karina Orozco
8	Laura Sofía Jimenez Mendoza	1.065 609 782	2	3	4	4	—	3184018902	Estudiante	Laura Sofía
9	Santiago Moreno Meriño	1.066 873 604	1	3	4	4	—	3012706119	Estudiante	Santiago Moreno
10	Dariela Dario Ferrer	1045682097	1	3	4	4	—	3113124369	Estudiante	
11	Juan David Noriega Pinilla	1066282413	1	3	4	4	—	3117144896	Estudiante	Juan David
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, bisexual, Trans, Travesti, intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

CARRUSEL EDUCATIVO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO



Agosto

9

I.E.
BELLO
HORIZONTE
6:30 AM

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

PIC

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024				
LUGAR:	IE BELLO HORIZONTE	**FECHA**	09/08/2024	**HORA INICIO**	6:30 AM
				HORA FINAL	8:30 AM

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	CARRUSEL EDUCATIVO			

TEMA:	INFORMACION EN SALUD SOBRE: AUTOESTIMA, RELACIONES INTERPERSONALES, TOMA DE DECISIONES.
OBJETIVO:	Fortalecer el conocimiento en: Derechos Sexuales y Reproductivos, Toma de decisiones y proyecto de Vida, Reconocimiento de los métodos Anticonceptivos y la doble protección, conociendo las ITS y VIH.
POBLACIÓN OBJETIVO:	Estudiantes 9, 10 11 de IE BELLO HORIZONTE

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 06:30 AM del día 09 de AGOSTO del presente año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, previa socialización en el encuentro educativo con padres de familia, cuidadores y estudiantes de los grados mencionados , se realiza en el día y hora estipulada, desarrollo de la actividad de la Sesión 4 del Carrusel Educativo convocada por la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024, con el fin de Fortalecer el conocimiento en Salud Sexual Y Reproductiva en el marco de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de los estudiantes de 9°, 10° y 11° de las Instituciones Educativas públicas del municipio de Valledupar mediante estrategias lúdico-educativas en busca de generar empoderamiento y disminuir la ocurrencia de embarazos a temprana edad, enfermedades de trasmisión sexual y eventos de violencia sexual .

El desarrollo de la actividad se realiza en 3 STAND EDUCATIVOS en el siguiente orden a cargo de 3 Profesionales de la Psicología:

- VISITA 4 STAND 1 AUTOESTIMA (JHON PABA)
- VISITA 4 STAND 2 RELACIONES INTERPERSONALES (LILIANA AGUILAR)
- VISITA 4 STAND 3-TOMA DE DECISIONES (ROXANA GONZALEZ)

Luego se procedió al desarrollo de los temas por STAND, se realizó de la siguiente manera:

VISITA 4- STAND 1

1. AUTOESTIMA

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Jhon Paba) da la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.(En rotación)

Seguidamente se socializa el objetivo: Identificar y potenciar su autoestima para vivir de una manera más integrada y plena.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

Se inicia con el desarrollo de la temática **¿Qué es la autoestima?**

Es la valoración que cada persona tiene sobre sí misma. No se trata simplemente de sentirse bien o mal con uno mismo; es una percepción profunda que afecta cómo nos vemos, cómo interactuamos con otros y cómo funcionamos con el resto del mundo.

¿Cómo formamos nuestra autoestima?

La formación de la autoestima es un proceso complejo y multifacético que comienza en la infancia y continúa evolucionando a lo largo de toda la vida. Este proceso es influenciado por una variedad de factores, incluidas nuestras experiencias, las relaciones que mantenemos, los éxitos y fracasos que enfrentamos, y la manera en que interpretamos

y reaccionamos ante las circunstancias de nuestra vida.

1. Influencias tempranas
2. Experiencias educativas y sociales
3. Cultura y medios de comunicación
4. Logros y fracasos
5. Reflexión y autoconciencia

¿Por qué es importante tener una buena autoestima?

Tener una buena autoestima se entrelaza con casi todas las facetas de nuestra vida, afectando nuestro bienestar psicológico, la calidad de nuestras relaciones, nuestra capacidad para tomar decisiones, y mucho más. Una autoestima saludable nos dota de una base sólida de respeto y amor propio, lo que a su vez nos hace más resilientes ante los desafíos y las adversidades. Esta resiliencia se traduce en una mayor capacidad para recuperarnos de los contratiempos y seguir adelante con una perspectiva positiva.

sarrollo: Se realiza la actividad Yo soy…: En esta dinámica para trabajar autoestima, se trabajará por parejas, uno hará el papel de comprador y el otro de vendedor. La actividad consiste en que el alumno se venda a sí mismo, determinando las razones por las que al comprador le conviene adquirirlo.

Participantes: Las rondas se realizan en parejas, uno representa al vendedor y el otro al comprador.

Consigna de partida: El profesional a cargo indica el comienzo de la actividad.

Se entrega una hoja a cada alumno en donde se encuentre plasmado en la parte superior la frase ''Yo Soy'', ahí los estudiantes deberán escribir su nombre.

Más abajo se podrá visualizar la misma frase, escrita aproximadamente unas 10 veces. Los alumnos deberán escribir las características propias que consideren más importantes, luego se colocan en parejas, uno hará el rol de vendedor y el otro de comprador.

El vendedor deberá venderse a sí mismo, por lo que tendrá que proporcionar todas las razones por las que el comprador debe adquirirlo.

Fin: Al finalizar la actividad, el profesor deberá preguntarle a sus alumnos cuales han sido las mayores dificultades e presentaron al momento de completar la frase "Yo soy''. Posteriormente hará una reflexión de lo difícil que resulta ra las personas reconocerse a sí mismos de forma positiva, además de que cada cualidad que tenemos va a depender de la persona con la que nos estemos comparando.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La dinámica de grupo fomentó un ambiente de apoyo y respeto, donde los adolescentes se sintieron cómodos compartiendo y escuchando experiencias similares. Este entorno colaborativo facilitó una mayor apertura y empatía, fortaleciendo el sentido de comunidad y pertenencia.

VISITA 4- STAND 2

2. RELACIONES INTERPERSONALES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional Referente de DSDR , HEAD (Liliana Aguilar) da la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.

Seguidamente se socializa el objetivo: Fomentar la conexión, el apoyo y la comprensión entre individuos.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son las relaciones interpersonales?

Las relaciones interpersonales son las conexiones que establecemos con otras personas a lo largo de nuestras vidas. Estas relaciones implican la comunicación y el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias entre individuos. Las relaciones interpersonales pueden ser de diferentes tipos, como amistades, relaciones familiares, relaciones laborales y relaciones amorosas.

La importancia de las relaciones interpersonales en la vida cotidiana

Las relaciones interpersonales son esenciales para nuestro bienestar emocional y social. Nos permiten sentirnos conectados, apoyados y comprendidos por otros individuos. Además, las relaciones interpersonales nos brindan la oportunidad de aprender y crecer a través de la interacción con diferentes personas y perspectivas.

Beneficios de tener buenas relaciones interpersonales

Mejor salud mental y emocional.

Mayor sensación de pertenencia y apoyo social.

Mejor capacidad para manejar el estrés y los desafíos de la vida.

Mayor satisfacción en las relaciones personales y laborales.

Mayor desarrollo personal y crecimiento.

Tipos de relaciones interpersonales

:isten diversos tipos de relaciones interpersonales, cada una con sus características y dinámicas propias:

Amistades: relaciones basadas en la confianza, el apoyo y la afinidad.

Relaciones familiares: vínculos entre parientes, como padres, hermanos, abuelos, etc.

Relaciones laborales: conexiones con compañeros de trabajo, jefes y subordinados.

Relaciones amorosas: parejas románticas y relaciones de pareja.

Cómo mejorar las relaciones interpersonales

Si deseas mejorar tus relaciones interpersonales, aquí hay algunos consejos útiles:

-Trabaja en tu comunicación: sé claro, escucha activamente y expresa tus sentimientos y necesidades.

-Fomenta la empatía: trata de entender y ponerse en el lugar de los demás.

-Establece límites saludables: comunica tus límites y respeta los límites de los demás.

،prende a resolver conflictos de manera constructiva: busca soluciones en lugar de culpar o atacar a la otra persona.

-Desarrolla tu inteligencia emocional: reconoce y gestiona tus propias emociones y las de los demás.

Se realiza actividad denominada -El guía y el seguidor- Propósito: Crear técnicas de liderazgo y de comunicación.

Desarrollo: Formen equipos de dos: un miembro del equipo es el guía y el otro es el seguidor. El seguidor tiene los ojos vendados; el guía dirige al seguidor a través de una carrera de obstáculos. Después de un tiempo, los jóvenes cambian de función y repiten el proceso.

¿Cómo se sintieron al ser el guía ? ¿Qué aprendieron los jóvenes en cuanto a ser guiado ? ¿Qué aprendieron en cuanto a seguir y comunicarse con la persona a guiar ? ¿Qué les enseña esta actividad acerca de trabajar en equipo ?

Al finalizar se entregan folletos informativos .

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La actividad facilitó un aumento en la empatía entre los adolescentes. Al participar en actividades que les pusieron en el lugar de sus compañeros, los participantes desarrollaron una mayor comprensión de las perspectivas y emociones de los demás, promoviendo relaciones más comprensivas y solidarias.

VISITA 4- STAND 3

3. TOMA DE DECISIONES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Roxana González) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.

Seguidamente se socializa el objetivo: Proyectar a los estudiantes a la toma de decisiones apartir de alternativas efectivas y saludables.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué es la toma de decisiones?

La toma de decisiones es el proceso de elegir entre dos o más alternativas con el objetivo de alcanzar un resultado deseado. Este proceso puede ser simple o complejo y puede implicar varios pasos y consideraciones.

Componentes de la Toma de Decisiones

Identificación del Problema o Meta: Reconocer que hay una decisión que tomar. Esto puede ser una necesidad, un problema a resolver o una oportunidad a aprovechar.

Recolección de Información: Buscar y reunir información relevante que pueda afectar la decisión. Esto incluye datos, hechos, opiniones y experiencias previas.

Evaluación de Alternativas: Considerar las diferentes opciones disponibles. Esto implica analizar las ventajas y desventajas de cada alternativa.

Tomar la Decisión: Seleccionar la opción que mejor se alinea con los objetivos y valores del decisor.

Implementación: Poner en práctica la decisión tomada.

Evaluación Posterior: Revisar los resultados de la decisión para ver si se alcanzaron los objetivos deseados. Esto ayuda a aprender de la experiencia y a mejorar futuras decisiones.

Tipos de Decisiones

Decisiones Rutinarias: Son decisiones que se toman de manera regular y no requieren mucha deliberación, como qué comer para el desayuno.

Decisiones Estratégicas: Son decisiones a largo plazo que tienen un gran impacto, como elegir una carrera o decidir mudarse a otra ciudad.

Decisiones Emergentes: Son decisiones que deben tomarse rápidamente debido a una situación inesperada, como responder a una emergencia.

Factores Psicológicos

Desarrollo Cognitivo: A medida que los jóvenes crecen, su capacidad para pensar abstractamente y considerar las consecuencias a largo plazo de sus decisiones mejora. Sin embargo, el cerebro humano no termina de desarrollarse completamente hasta los veintitantos años, lo que puede afectar la toma de decisiones.

Identidad y Autonomía: Durante la adolescencia, los jóvenes están en proceso de formar su identidad y ganar independencia. Esto puede llevar a la toma de decisiones que afiancen su sentido de autonomía, aunque no siempre sean las más racionales.

Influencias Sociales

Familia: Los valores y expectativas familiares pueden guiar las decisiones de los jóvenes, aunque también pueden causar conflicto si las expectativas familiares no coinciden con los deseos personales del joven.

Amigos y Pares: La presión de grupo puede ser una influencia significativa. Los jóvenes pueden tomar decisiones basadas en el deseo de encajar o de obtener la aprobación de sus pares.

Medios de Comunicación y Redes Sociales: La información y las imágenes presentadas en los medios pueden influir en las percepciones y decisiones de los jóvenes. Las redes sociales, en particular, pueden afectar la autoestima y las decisiones relacionadas con la imagen personal.

Factores Contextuales

Educación: La formación y las experiencias educativas pueden proporcionar a los jóvenes las habilidades críticas necesarias para tomar decisiones informadas y responsables.

Entorno Socioeconómico: Las oportunidades y limitaciones económicas pueden influir en las decisiones relacionadas con la educación, el empleo y otros aspectos importantes de la vida.

Estrategias para Mejorar la Toma de Decisiones

Educación en Toma de Decisiones: Enseñar a los jóvenes habilidades específicas para la toma de decisiones puede ayudarlos a considerar las consecuencias de sus acciones y a evaluar opciones de manera crítica.

Fomentar el Pensamiento Crítico: Animar a los jóvenes a cuestionar y analizar información les ayuda a desarrollar una mentalidad crítica, lo cual es esencial para la toma de decisiones informadas.

Modelos a Seguir Positivos: Los jóvenes pueden beneficiarse de observar y aprender de adultos y pares que toman decisiones responsables y consideradas.

Ambientes de Apoyo: Crear entornos en los que los jóvenes se sientan seguros para expresar sus ideas y explorar diferentes opciones sin miedo al juicio puede mejorar su capacidad para tomar decisiones efectivas.

Fomentar una buena toma de decisiones en los jóvenes es esencial para su desarrollo personal y profesional, y requiere una combinación de apoyo educativo, emocional y social.

FIN: Luego de explicar la temática, se realizar la situación en una hoja impresa del caso de Carlos, en donde casa estudiante expondrá de acuerdo a lo aprendido y su punto de vista, la información requerida en cada recuadro.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La actividad ayudó a aumentar la confianza de los adolescentes en su capacidad para tomar decisiones informadas. Al recibir retroalimentación y practicar el proceso de toma de decisiones, los participantes ganaron seguridad en su capacidad para enfrentar situaciones decisivas con mayor autonomía.

Asistieron 82 estudiantes distribuidos en los 3 salones de la IE (Cabe resaltar que en el día de la sesión algunos estudiantes no fueron)

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	52	4	0	0	0	1	0	85	1	0	2	81	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	82	4	0	0	0	1	0	85	1	0	4	81	0	0	0	0	0

IE BELLO HORIZONTE
FECHA: 09/08/2024 HORA INICIO 6:30 AM
HORA FINAL 8:30 AM
"CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO".













COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1.	Realizar Sesiones del Carrusel Educativo con los estudiantes de grados 9-10-11	EQUIPO PIC- 2024	Fechas concertadas en reuniones con equipo PIC

ANEXOS:	**LISTADO DE ASISTENCIA**		
NOMBRE	**DOCUMENTO**	**CARGO**	**FIRMA**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME	**Firma:**	
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
. .AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

9° Sesión 4

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARIZPE DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ RELINION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Carnaval Educativo

NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval Educativo en I.E del municipio de Valledupar FECHA 09/08/2024 LUGAR: Bello Horizonte I.E

RESPONSABLE: P. I. C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3 CUIDADOR PCD 4 LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Luisa fernanda Maharaga	1065624286	2	3	4	4	—	3013600775	estudiante	Luisa Maharaga
2	Geilis Betancur López	1068386419	2	3	4	4	—	3145031623	Estudiante	Geilis Betancur
3	Soriany S. Figueroa Fontalvo	—	2	3	4	4	—	3217926682	Estudiante	Soriany S.
4	Yoner David Llamas C.	—	1	3	4	4	—	3146765372	Estudiante	Yoner David C.
5	Sharit Barros Cabeicos	1067598904	2	3	4	1	—	3016019353	Estudiante	Sharit Barrios
6	Maria Valentina Mendoza	1065623681	2	3	4	4	—	3015179311	Estudiante	Mendoza Maria
7	Thairadis Orellano Mejia	1065634904	2	3	4	1	—	3113390713	Estudiante	Thairadis Orellano
8	Marielys Cervantes Pirona	1065860690	2	3	4	1	—		Estudiante	Marielys Cervantes
9	Alex Daniel Muñoz Cudriz	—	1	3	4	4	—	3043648932	Estudiante	Alex Daniel
10	Luis Ricardo Hazal Gonzalez	—	1	3	4	3	—	3006353910	Estudiante	Luis Ricardo G.
11	Malon Ricardo Martinez Madrid	1065639960	1	3	4	4	—	3106723417	Estudiante	Malon
12	Adán Andres Cantillo Cantillo	1.065637159	1	3	4	4	—	3015599751	Estudiante	Adán Cantillo
13	Guillermo Parada M.	1066877339	1	3	4	4	—	3212736475	Estudiante	
14	Noemis Erianis Parada	1065625276	2	3	4	1	—	3243330191	Estudiante	Noemis Parada

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARIA DE SALUD

ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
_AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

9°

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL?: Cursal Educativo

RESPONSABLE: P. I. C NOMBRE DEL EVENTO: Cursal Educativo en I.E del municipio de Valledupar FECHA: 09/08/2024 LUGAR: I.E Bello Horizonte

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Dana Yate Gonzalez		2	3	4	1	—	3136680907	Estudiante	Dana Yate
2	Gabriela Monsalvez Ochoa		2	3	4	1	—	3013125269	Estudiante	Gabriela Monsalvez
3	Yineth Pertuz		2	3	4	1	—	3133546646	Estudiante	Yineth Pertuz
4	Wilson Maestre Martinez		2	3	4	1	—	3206279090	Estudiante	[illegible]
5	Dani Gonzalez Miranda	1065625570	2	3	4	1	—	3195991693	Estudiante	Dani Gonzalez
6	Ana Karina Monroy Gutierrez	1066281919	2	3	4	1	—	3016953268	Estudiante	Ana Karina.
7	Andrea Camila Perez Belin		2	3	4	1	—	3014643310	Estudiante	Andrea Perez
8	Alcardy Sanchez B.	1082776994	2	3	4	1	—	3216628[illegible]	Estudiante	Alcardy V.
9	Jhon Dexter ortiz Castillo	1065639784	1	3	4	1	—	3022776958	estudiante	Jhon ortiz
10	Shaira Daniela Tapia F.		2	3	4	4	—	3233037626	estudiante	Shaira Tapia.
11	NASHLY Martinez Quintana		2	3	4	1	—	3016271163	Estudiante	NASHLY Martinez
12	Nikol D. Arias R.	1.141.330615	2	3	4	1	—	3028420442	Estudiante	Nikol Arias
13	Camila A. Contreras		2	3	4	4	—	3055886789	Estudiante	Camila Contreras
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

10°

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL?: Carrusel Educativo

NOMBRE DEL EVENTO: Carrusel Educativo en I.E del municipio de Valledupar FECHA: 29/08/2024 LUGAR: I.E Bello Horizonte

RESPONSABLE: P.I.C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4 LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Rodríguez Ballestero Cristian		1	3	4	4	0	3043758919	Estudiante	Cristian
2	Jumberth Alvarez Bulbas	1066282395	1	3	4	4	0	3009539767	Estudiante	Jumberth M.
3	Gersen Camilo Meneses Tilano	1066875377	1	3	4	1	0	3004073447	Estudiante	Gersen Meneses
4	Yordan David Mateus Suiba	1067607735	1	3	4	1	0	3197806421	estudiante	(Yordan)
5	Oliver Daniel Mendoza Padilla		1	3	4	4	0	3204325433	Estudiante	Oliver Mendoza P.
6	Stefany Paola Ramos Navarro	1067608410	2	3	4	4	—	3242451077	Estudiante	Stefany
7	Daniel David Rosado Carey	1067605279	1	3	4	4	—	3044781863	Estudiante	David Rosado
8	Yurany Isabel Cañavera Garcia	1065624075	2	3	4	1	0	3227625371	Estudiante	Yurany Cañavera
9	Eva Sunaid Passo Silva	1066879990	2	3	4	1	0	3215324699	Estudiante	Eva
10	Yuris Tatiana Jimenez De Angel	1096068582	2	3	4	1	—	3022990509	Estudiante	Yuris Jimenez
11	Keiner Javier Fontalvo Obregon	1065634477	1	3	4	4	—	3246775440	Estudiante	Keiner
12	Laura Marcela López Cortés	1067606930	2	3	4	4	0	3106445453	Estudiante	Laura López
13	Linda Rojas Suarez	1065633964	2	3	4	1	0	3186347982	Estudiante	Linda R
14	Juan Manuel Rodriguez	1067606662	1	3	4	4	0	3203589436	Estudiante	Juan.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

10°

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Ginsel Educativo

RESPONSABLE: PIC NOMBRE DEL EVENTO: Ginsel Educativo en IE del municipio de Valledupar FECHA: 09/08/2024 LUGAR: IE Bello Horizonte

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Whilhem Eliy Böhm Torres	1066284756	1	3	4	1	——	3024315918	Estudiante	
2	maryuris vidales vega	——	1	3	4	1	——	3232474010	estudiante	MARYURIS
3	NIKOL SILVA MUÑOZ	1065620100	2	3	4	4	——	3052777348	Estudiante	NIKOL
4	Cañavera Garcia Luis Esther	——	2	3	4	1	——	3227625371	estudiante	Luis
5	Joseph David Herrera	1065621407	4	3	4	4	——	3052720484	Estudiante	Joseph
6	Deimer Yesid Padilla M.	1065 60910A	1	3	4	1	——	3216605707	Estudiante	Deimer
7	Estefany Palmacedo pehz	——	2	3	0	0	——	3042876896	Estudiante	Estefany
8	Yaneli Acosta Bustino	1066875857	2	3	4	1	——	3043801776	Estudiante	Yaneli
9	Bertha Marcela velasquez M	1065618314	2	3	4	1	——	3143519210	Estudiante	Bertha
10	Rafael Cortes Atencia	1062808752		2	4	1	——	3182874544	Estudiante	Rafael.
11	Valery Gutierrez carranza	1080434228	2	3	0	0	——	3003378641	estudiante	
12	Maryuris Acuña mendoza	1081918877	2	3	0	1	——	3045520721	Estudiante	
13	Laura Garcia Guerra	1065898414	2	3	4	1	——	3046658482	Estudiante	Laura G
14	Mariangel Padilla Santiago	1066092477	2	3	0	0	——	3004842992	Estudiante	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

10°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Consejo Educativo

NOMBRE DEL EVENTO: Institucional Bullying, Consejo Educativo en I.E del municipio de Valledupar FECHA:____ LUGAR: I.E Bello Horizonte

RESPONSABLE: P.I.C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (0 años hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Andres felipe Bolaño Perez	1066281808	1	3	4	4	———	3014379752	Estudiante	~~Andres~~
2	Juan Sebastian Cuellar Alvaro		1	3	4	1	———	3045770270	Estudiante	Sebastian
3	Holmedis yesith Torres Torres	1127544020	1	3	4	1	———	3114144291	Estudiante	Holmedis T
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBT Q+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
. .AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

11°

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL?: Consejo Educativo

RESPONSABLE: PIC NOMBRE DEL EVENTO: Consejo Educativo en I.E del municipio de Valledupar FECHA: 09/08/2024 LUGAR: I.E Bello Horizonte

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 26 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Ivan Dario Carbono Alvarez	1061.628.676	2	3	4	1		3003911777	Estudiante	Ivan Carbono
2	Paula Andrea Ortiz Severiche	1066284035	2	3	4	4		3006787082	Estudiante	Paula Ortiz
3	Daniela Suarez Maestre	1067602643	2	3	4	4		3045721321	Estudiante	Daniela S.
4	Jeanneth Mendez Hernandez	2709728	2	4	4	3		3092600384	Estudiante	[illegible] M.
5	Karelis Paola Chamorro Leal	1067034470	2	3	4	4		3042835860	Estudiante	Karelis Chamorro
6	Verónica Chávez Díaz	1141319156	2	3	4	4		3215866505	Estudiante	Verónica Chávez Díaz
7	Maualis Esther Montero Maualis	1065245577	2	3	4	3		3043254144	Estudiante	Maualis
8	[illegible] Karoll Julieth Rivera Ospino		2	3	4	4		3216166980	Estudiante	Karoll
9	[illegible] Yule		2	3	4	4		3216166430	Estudiante	[illegible] Yule
10	Dayana Tones Tinoco	1066282914	2	3	4	4		3215502503	Estudiante	Dayana T.
11	Ginna marcela muñoz	1.065620203	2	3		1		3184397458	Estudiante	Ginna
12	Richar Leonardo Burgos Daza	1067600483	1	3	4	4		3012052916	Estudiante	[illegible]
13	Laurol Daniela De Leon	1065613736	2	3	4	1		3167824242	Estudiante	[illegible]
14	Juan Carlos contreras	6728767	1	4	4	3		3116729470	Estudiante	Juan C.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
. .AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

11°

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARZUZA DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Consul Educativo

NOMBRE DEL EVENTO: Consul Educativo en I.E del municipio de Valledupar FECHA: 09/08/2024 LUGAR: I.E Bello Horizonte

RESPONSABLE: PIC

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Jakson Stedth Rincones Pacheco	1067.599.796	1	3	4	4		313 748 6610	Estudiante	Jakson Rincones
2	heinel acosta rodriguez	1.067.602.779	1	3	4	4		3017695094	estudiante	
3	Luis miguel manjares lopez	1.128.146.708	1	3	4	4		3137249130	Estudiante	Luis miguel M.
4	Jesus Campo Zamora	1.067602444	1	3	4	4		3013433040	estudiante	Jesus Campo
5	Julio marquez villarreal	1.063561821	1	3	4	4		3225267497	estudiante	Julio marquez
6	Ingris Barrios cantillo	1.131.005335	2	3	4	4		3225120870	Estudiante	Ingris Barrios
7	Jammy Gamarra Ayala	1022942202	2	4	4	4		3011966225	Estudiante	Jammy Gamarra
8	Shirley Jesenia Perez	1065602200	2	3	4	4		3128469788	estudiante	Shirley
9	Ana Maria Mora Mercado	1082372744	2	3	4	4		3206076545	Estudiante	Ana Mora.
10	Amada Jose De Oro Castro	1065631539	2	3	4	4		3153090397	Estudiante	Amada de oro.
11	Alexandra Montero Daza	1066870301	2	4	2	1		3042115074	Estudiante	Alexandra Daza.
12	Luisa Alejandra Rodriguez	1067606655	1	5	4	1		3118723601	Estudiantes	Luisa
13	Nayarith Carcão Cañizares	1066873472	2	3	4	1		3007927827	Estudiante	Nayarith C
14	Luis Jose' prado Mejia	1067600464	1	3	4	4		3257970597	Estudiante	Luis Jose

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

CARRUSEL EDUCATIVO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO



21 AGOSTO

Colegio Consuelo Araujo 6:30 A.M.

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

PIC

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETRARIA LOCAL DE SALUD** **E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024** **ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024										
LUGAR:	IE CONSUELO ARAUJO NOGUERA			**FECHA**	21/08/2024			**HORA INICIO**	6:30 AM		
								HORA FINAL	8:30 AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	CARRUSEL EDUCATIVO					
TEMA:	INFORMACION EN SALUD SOBRE: AUTOESTIMA, RELACIONES INTERPERSONALES, TOMA DE DECISIONES.										
OBJETIVO:	Fortalecer el conocimiento en: Derechos Sexuales y Reproductivos, Toma de decisiones y proyecto de Vida, Reconocimiento de los métodos Anticonceptivos y la doble protección, conociendo las ITS y VIH.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Estudiantes 9, 10 11 de IE CONSUELO ARAUJO NOGUERA										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 06:30 AM del día 21 de AGOSTO del presente año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, previa socialización en el encuentro educativo con padres de familia, cuidadores y estudiantes de los grados mencionados , se realiza en el día y hora estipulada, desarrollo de la actividad de la Sesión 4 del Carrusel Educativo convocada por la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024, con el fin de Fortalecer el conocimiento en Salud Sexual Y Reproductiva en el marco de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de los estudiantes de 9°, 10° y 11° de las Instituciones Educativas públicas del municipio de Valledupar mediante estrategias lúdico-educativas en busca de generar empoderamiento y disminuir la ocurrencia de embarazos a temprana edad, enfermedades de trasmisión sexual y eventos de violencia sexual .

El desarrollo de la actividad se realiza en 3 STAND EDUCATIVOS en el siguiente orden a cargo de 3 Profesionales de la Psicología:

- VISITA 4 STAND 1 AUTOESTIMA (LINA PARRA MEJIA)
- VISITA 4 STAND 2 RELACIONES INTERPERSONALES (GABRIELA CHAVEZ HURTADO)
- VISITA 4 STAND 3-TOMA DE DECISIONES (ROXANA GONZALEZ)

Luego se procedió al desarrollo de los temas por STAND, se realizó de la siguiente manera:

VISITA 4- STAND 1

1. AUTOESTIMA

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Lina Parra) da la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.(En rotación)

Seguidamente se socializa el objetivo: Identificar y potenciar su autoestima para vivir de una manera más integrada y plena.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

Se inicia con el desarrollo de la temática **¿Qué es la autoestima?**

Es la valoración que cada persona tiene sobre sí misma. No se trata simplemente de sentirse bien o mal con uno mismo; es una percepción profunda que afecta cómo nos vemos, cómo interactuamos con otros y cómo funcionamos con el resto del mundo.

¿Cómo formamos nuestra autoestima?

La formación de la autoestima es un proceso complejo y multifacético que comienza en la infancia y continúa evolucionando a lo largo de toda la vida. Este proceso es influenciado por una variedad de factores, incluidas nuestras experiencias, las relaciones que mantenemos, los éxitos y fracasos que enfrentamos, y la manera en que interpretamos y reaccionamos ante las circunstancias de nuestra vida.

1. Influencias tempranas
2. Experiencias educativas y sociales
3. Cultura y medios de comunicación
4. Logros y fracasos
5. Reflexión y autoconciencia

¿Por qué es importante tener una buena autoestima?

Tener una buena autoestima se entrelaza con casi todas las facetas de nuestra vida, afectando nuestro bienestar psicológico, la calidad de nuestras relaciones, nuestra capacidad para tomar decisiones, y mucho más. Una autoestima saludable nos dota de una base sólida de respeto y amor propio, lo que a su vez nos hace más resilientes ante los desafíos y las adversidades. Esta resiliencia se traduce en una mayor capacidad para recuperarnos de los contratiempos y seguir adelante con una perspectiva positiva.

Desarrollo: Se realiza la actividad Yo soy…: En esta dinámica para trabajar autoestima, se trabajará por parejas, uno rá el papel de comprador y el otro de vendedor. La actividad consiste en que el alumno se venda a sí mismo, determinando las razones por las que al comprador le conviene adquirirlo.

Participantes: Las rondas se realizan en parejas, uno representa al vendedor y el otro al comprador.

Consigna de partida: El profesional a cargo indica el comienzo de la actividad.

Se entrega una hoja a cada alumno en donde se encuentre plasmado en la parte superior la frase ''Yo Soy'', ahí los estudiantes deberán escribir su nombre.

Más abajo se podrá visualizar la misma frase, escrita aproximadamente unas 10 veces. Los alumnos deberán escribir las características propias que consideren más importantes, luego se colocan en parejas, uno hará el rol de vendedor y el otro de comprador.

El vendedor deberá venderse a sí mismo, por lo que tendrá que proporcionar todas las razones por las que el comprador debe adquirirlo.

Fin: Al finalizar la actividad, el profesor deberá preguntarle a sus alumnos cuales han sido las mayores dificultades que presentaron al momento de completar la frase "Yo soy''. Posteriormente hará una reflexión de lo difícil que resulta ra las personas reconocerse a sí mismos de forma positiva, además de que cada cualidad que tenemos va a depender la persona con la que nos estemos comparando.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La actividad de autoestima ayuda a los estudiantes a reconocer y valorar sus habilidades y logros, lo que fortalece su confianza en sí mismos. Esto, a su vez, puede mejorar su rendimiento académico y su disposición para enfrentar desafíos; la actividad fue de su agrado y demostraron interés en todos los momentos.

VISITA 4- STAND 2

2. RELACIONES INTERPERSONALES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Gabriela Chávez) da la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.

Seguidamente se socializa el objetivo: Fomentar la conexión, el apoyo y la comprensión entre individuos.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué son las relaciones interpersonales?

Las relaciones interpersonales son las conexiones que establecemos con otras personas a lo largo de nuestras vidas. Estas relaciones implican la comunicación y el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias entre individuos. Las relaciones interpersonales pueden ser de diferentes tipos, como amistades, relaciones familiares, relaciones laborales y relaciones amorosas.

La importancia de las relaciones interpersonales en la vida cotidiana

Las relaciones interpersonales son esenciales para nuestro bienestar emocional y social. Nos permiten sentirnos conectados, apoyados y comprendidos por otros individuos. Además, las relaciones interpersonales nos brindan la oportunidad de aprender y crecer a través de la interacción con diferentes personas y perspectivas.

Beneficios de tener buenas relaciones interpersonales

Mejor salud mental y emocional.

Mayor sensación de pertenencia y apoyo social.

Mejor capacidad para manejar el estrés y los desafíos de la vida.

Mayor satisfacción en las relaciones personales y laborales.

Mayor desarrollo personal y crecimiento.

Tipos de relaciones interpersonales

:isten diversos tipos de relaciones interpersonales, cada una con sus características y dinámicas propias:

Amistades: relaciones basadas en la confianza, el apoyo y la afinidad.

Relaciones familiares: vínculos entre parientes, como padres, hermanos, abuelos, etc.

Relaciones laborales: conexiones con compañeros de trabajo, jefes y subordinados.

Relaciones amorosas: parejas románticas y relaciones de pareja.

Cómo mejorar las relaciones interpersonales

Si deseas mejorar tus relaciones interpersonales, aquí hay algunos consejos útiles:

-Trabaja en tu comunicación: sé claro, escucha activamente y expresa tus sentimientos y necesidades.

-Fomenta la empatía: trata de entender y ponerse en el lugar de los demás.

-Establece límites saludables: comunica tus límites y respeta los límites de los demás.

prende a resolver conflictos de manera constructiva: busca soluciones en lugar de culpar o atacar a la otra persona.

-Desarrolla tu inteligencia emocional: reconoce y gestiona tus propias emociones y las de los demás.

Se realiza actividad denominada -El guía y el seguidor- Propósito: Crear técnicas de liderazgo y de comunicación.

Desarrollo: Formen equipos de dos: un miembro del equipo es el guía y el otro es el seguidor. El seguidor tiene los ojos vendados; el guía dirige al seguidor a través de una carrera de obstáculos. Después de un tiempo, los jóvenes cambian de función y repiten el proceso.

¿Cómo se sintieron al ser el guía ? ¿Qué aprendieron los jóvenes en cuanto a ser guiado ? ¿Qué aprendieron en cuanto a seguir y comunicarse con la persona a guiar ? ¿Qué les enseña esta actividad acerca de trabajar en equipo ?

Al finalizar se entregan folletos informativos .

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: La actividad proporcionó herramientas prácticas para manejar conflictos de manera constructiva. Los adolescentes aprendieron a identificar las causas subyacentes de los conflictos y a utilizar técnicas de resolución de problemas y negociación para encontrar soluciones mutuamente beneficiosas.

VISITA 4- STAND 3

3. TOMA DE DECISIONES

Se inicia con la presentación a cargo de la Profesional de Psicología (Roxana González) y la bienvenida a los grados de 9, 10 y 11 que se beneficiaran de la actividad cada 40 minutos.

Seguidamente se socializa el objetivo: Proyectar a los estudiantes a la toma de decisiones apartir de alternativas efectivas y saludables.

Desarrollo: Se inicia con la socialización de la siguiente información:

¿Qué es la toma de decisiones?

La toma de decisiones es el proceso de elegir entre dos o más alternativas con el objetivo de alcanzar un resultado deseado. Este proceso puede ser simple o complejo y puede implicar varios pasos y consideraciones.

Componentes de la Toma de Decisiones

Identificación del Problema o Meta: Reconocer que hay una decisión que tomar. Esto puede ser una necesidad, un problema a resolver o una oportunidad a aprovechar.

Recolección de Información: Buscar y reunir información relevante que pueda afectar la decisión. Esto incluye datos, hechos, opiniones y experiencias previas.

Evaluación de Alternativas: Considerar las diferentes opciones disponibles. Esto implica analizar las ventajas y sventajas de cada alternativa.

Tomar la Decisión: Seleccionar la opción que mejor se alinea con los objetivos y valores del decisor.

Implementación: Poner en práctica la decisión tomada.

Evaluación Posterior: Revisar los resultados de la decisión para ver si se alcanzaron los objetivos deseados. Esto ayuda a aprender de la experiencia y a mejorar futuras decisiones.

Tipos de Decisiones

Decisiones Rutinarias: Son decisiones que se toman de manera regular y no requieren mucha deliberación, como qué comer para el desayuno.

Decisiones Estratégicas: Son decisiones a largo plazo que tienen un gran impacto, como elegir una carrera o decidir mudarse a otra ciudad.

Decisiones Emergentes: Son decisiones que deben tomarse rápidamente debido a una situación inesperada, como responder a una emergencia.

ıctores Psicológicos

Desarrollo Cognitivo: A medida que los jóvenes crecen, su capacidad para pensar abstractamente y considerar las consecuencias a largo plazo de sus decisiones mejora. Sin embargo, el cerebro humano no termina de desarrollarse completamente hasta los veintitantos años, lo que puede afectar la toma de decisiones.

Identidad y Autonomía: Durante la adolescencia, los jóvenes están en proceso de formar su identidad y ganar independencia. Esto puede llevar a la toma de decisiones que afiancen su sentido de autonomía, aunque no siempre sean las más racionales.

Influencias Sociales

Familia: Los valores y expectativas familiares pueden guiar las decisiones de los jóvenes, aunque también pueden causar conflicto si las expectativas familiares no coinciden con los deseos personales del joven.

Amigos y Pares: La presión de grupo puede ser una influencia significativa. Los jóvenes pueden tomar decisiones basadas en el deseo de encajar o de obtener la aprobación de sus pares.

Medios de Comunicación y Redes Sociales: La información y las imágenes presentadas en los medios pueden influir en las percepciones y decisiones de los jóvenes. Las redes sociales, en particular, pueden afectar la autoestima y las decisiones relacionadas con la imagen personal.

Factores Contextuales

Educación: La formación y las experiencias educativas pueden proporcionar a los jóvenes las habilidades críticas necesarias para tomar decisiones informadas y responsables.

Entorno Socioeconómico: Las oportunidades y limitaciones económicas pueden influir en las decisiones relacionadas con la educación, el empleo y otros aspectos importantes de la vida.

Estrategias para Mejorar la Toma de Decisiones

Educación en Toma de Decisiones: Enseñar a los jóvenes habilidades específicas para la toma de decisiones puede ayudarlos a considerar las consecuencias de sus acciones y a evaluar opciones de manera crítica.

Fomentar el Pensamiento Crítico: Animar a los jóvenes a cuestionar y analizar información les ayuda a desarrollar una mentalidad crítica, lo cual es esencial para la toma de decisiones informadas.

Modelos a Seguir Positivos: Los jóvenes pueden beneficiarse de observar y aprender de adultos y pares que toman decisiones responsables y consideradas.

Ambientes de Apoyo: Crear entornos en los que los jóvenes se sientan seguros para expresar sus ideas y explorar diferentes opciones sin miedo al juicio puede mejorar su capacidad para tomar decisiones efectivas.

Fomentar una buena toma de decisiones en los jóvenes es esencial para su desarrollo personal y profesional, y requiere a combinación de apoyo educativo, emocional y social.

Fin: Luego de explicar la temática, se realizar la situación en una hoja impresa del caso de Carlos, en donde casa estudiante expondrá de acuerdo a lo aprendido y su punto de vista, la información requerida en cada recuadro.

OBJETIVO DIRECTO: Dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Valoración de la experiencia: Los adolescentes demostraron una mayor capacidad para identificar y evaluar diversas opciones antes de tomar decisiones. Aprendieron a considerar factores como beneficios, riesgos y consecuencias a corto y largo plazo, lo cual contribuyó a una toma de decisiones más consciente y fundamentada.

Asistieron 84 estudiantes distribuidos en los 3 salones de la IE (Cabe resaltar que en el día de la sesión algunos estudiantes no fueron)

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	IN. F.	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZ DEF	CUI PCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	33	1	0	0	2	1	0	31	2	0	2	30	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	49	0	0	0	0	1	0	48	0	0	0	49	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	82	2	0	0	2	2	0	79	2	0	2	79	0	0	0	0	0

IE CONSUELO ARAUJO NOGUERA
FECHA 21/08/2024 HORA INICIO 6:30 AM
HORA FINAL 8:30 AM
"CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO".









IE CONSUELO ARAUJO NOGUERA

FECHA 21/08/2024 HORA INICIO 6:30 AM

HORA FINAL 8:30 AM

"CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO".





COMPROMISOS

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETRARIA LOCAL DE SALUD** **E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024** **ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar Sesiones del Carrusel Educativo con los estudiantes de grados 9-10-11	EQUIPO PIC- 2024	Fechas concertadas en reuniones con equipo PIC

ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
NOMBRE	**DOCUMENTO**	**CARGO**	**FIRMA**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

Sesión 4 9°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Carrusel E.

RESPONSABLE: Equipo PIC. NOMBRE DEL EVENTO: Carrusel Educativo de la Sexualidad en tu Colegio FECHA: 21/08/2024 LUGAR: Consuelo Araujo Noguera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. ARIO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Erika Isabel Cotello Gutierrez	———	2	3	4	4	———		Estudiante	Erika Cotello
2	David Alejandro Garcia	5199822	1	3	4	3	———	3044584645	Estudiante	David García
3	Luis A. Yatt Acosta	1065651460	1	3	4	4	———	3203510317	estudiante	[illegible]
4	JESUS DAVID CASTRO DE AVILA	———	1	3	4	4	———	3242535073	estudiante	Jesus castro
5	Benjamin CARVAJALINO Pelaez	———	1	3	4	4	———	3122255638	Estudiante	Benjamin
6	Jose Miguel Tapia Meritto	1101.816.166	1	3	4	1	———	3001904262	Estudiante	José Miguel
7	Jesus David Quintero Barraza	———	1	3	4	4	———	3045576740	Estudiante	Jesus David
8	Nancy de Agua Barbosa	———	2	3	4	4	———	3023036013	Estudiante	Nancy de Aguas
9	Yenireidy Camacho	1065854601	2	3	4	4	———	3245434698	Estudiante	Yenireidy Camacho
10	Julieth Vizcaino charris	1177213008	2	3	4	4	———	3004170224	Estudiante	Julieth.
11	Armando Valbuena C.	1067610114	1	3	4	4	———	3243115646	Estudiante	Armando.
12	Xavier Andres Medrano	1067607876	1	3	4	4	———	3232478200	estudiante	[illegible]
13	Joel David Pineda	———	1	3	1	4	———	3114112440	Estudiante	Joel Pineda
14	Laura daniela Navarro	1067607543	2	3	4	4	———	3127742982	estudiante	Laura Daniela

*(PCD): Personas con Discapacidad.
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARÍA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

9°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Carrusel E.

NOMBRE DEL EVENTO: Carrusel Educativo de la salud sexual y reproductiva en tu colegio.

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 21/08/2024 LUGAR: Consuelo Araujo Noguera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Luis Eduardo Crespo Pupo	1014219262	1	3	1	4	—	3102597117	Estudiante	Luis
2	Luis Jesus Camargo ochoa	—	1	3	4	4	—	322 542 9238	Estudiante	Luis Luis
3	Alisarid castro avila	—	1	3	4	4	—	3147679661	estudiante	Alisarid Castro
4	Maicim Pertuz	—	2	3	.	-	—	3117817480	Estudiante	Maicim Pertuz
5	Hugo Andres Pereira Arzo	1065626410	1	3	4	4	—	3023954916	Colegio	Hugo Andres
6	Andrea Lombana	1065630888	2	3	4	4	—	3225198875	Estudiante	Andrea Lombana
7	Julianc. Rangel Coronel	1067609838	2	3	4	4	—	3043939149	Estudiante	Julianc Rangel
8	Yurainis Daniela Cervantes	1065625605	2	3	4	1	—	3233582765	Estudiante	Yurainis Daniela
9	Maria Jose Valle Olivera	1066284807	2	3	2	1	—	3003144574	Estudiante	Maria José Valle
10	Luis Angel olivella Jalile	—	1	3	4	1	—	3003379078	estudiante	Luis Angel.
11	William Oñate Arguita	1.668745803	1	3	4	1	—	3015847803	Estudiante	William Oñate.
12	Duvan Felipe toro Sarria	1067607640	1	3	4	1	—	3233544178	Estudiante	Duvan. T.
13	Ruth Rapalino Rodriguez	1024047381	2	3	4	4	—	3043584444	Estudiante	Ruth
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARÍA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

9°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL?: Carrusel E.

NOMBRE DEL EVENTO: Carrusel educativo de la sexualidad en tu alegria

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 21/08/2024 LUGAR: Canchas Playa Negra

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Dioner Alexander Navarro Hoyos	1066875081	1	3	1	1	—	3052780523	Estudiante	Dioner Navarro
2	elkin Smith robles	←	1	3	4	1	—	3126732978	estudiante	elkin.R
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

10°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL?:___

NOMBRE DEL EVENTO: Carnaval Educativo de la sexualidad en tu colegio FECHA: 21/08/2024 LUGAR: Consuelo Araujo Noguera

RESPONSABLE: P.I.C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	OTROS 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
2	Kenia Ulloa Cuette	1065606300	2	3	4	4	—	3235799452	Alumna	Kenia Ulloa
3	Cristal Andrea Hezo Franco	1080430192	2	3	4	4	—	3160552665	estudiante	Cristal Hezo
4	Sandi Mosquera Guerra	1066283491	2	3	4	4	—	3224702280	estudiante	Sandi M.
5	Mario Alejandro Pena	1067812529	2	3	4	4	—	3054615443	Estudiante	Mario.
6	Valentina Hernandez Fontalvo	1064980252	2	3	4	4	—	3005256819	Alumna	Valentina. H.
7	Nicol Juliana Rojas	1093361249	2	3	4	4	—	3243780097	Alumna	Nicol
8	Luis Romero Viaga	1062598426	1	4	4	4	—	3136202465	Estudiante	Luis R.
9	Daniel Yesith Rua M.	1084737317	1	3	4	1	—	3052756083	Estudiante	Daniel Rua
10	Daniela Galarco Nieves	1066284247	2	3	4	4	—	3013393847	Estudiante	Daniela ♥
11	Erika Vanessa Fernandez Pedraza	1066.872.796	2	3	4	4	—	3052741512	Estudiante	Erika...
12	Fiorella calvo Tijaro	1066.287.98	2	3	4	4	—	3163153977	alumno	Fiorella calvo T
13	Emmanuel Rodriguez Noriega	1067608573	1	3	4	4	—	3112362191	Estudiante	Emmanuel R.N
14	Octavio José Avendaño G.	1063.607.659	1	3	4	4	—	3216624682	Estudiante	a
15	samiY ALFONSO maestre E.	1082909240	1	3	4	4	—	3173970451	estudiante	samiY

*(PCD): Personas con Discapacidad.
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARÍA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - 2024
LISTADO DE ASISTENCIA

10°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION:____ OTRO: ¿CUAL?: Consel E.

NOMBRE DEL EVENTO: Consel educativo de la sexualidad en el colegio FECHA: 21/08/2024 LUGAR: Consuelo Araujo Noguera

RESPONSABLE: P.I.C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 a los hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	María Elvira Vergara F.	1065631948	2	4	4	1	—	3234820187	Estudiante	Elvira V.
2	Camilo Andres Zapata	1067601115	1	4	4	1	—	3007592661	Estudiante	Camilo
3	Manzano Widdiam yesid	—	1	4	4	1	—	3243624803	Estudiante	Manzano
4	Yaderlin xuri Rivera ortco	1065625541	2	4	4	1	—	3013518888	Estudiante	
5	Jose de Jesus Sierra ortiz	1065625500	1	4	4	1	—	3231074650	Estudiante	
6	Daimi Jhoanna Hernández Gutiérrez	H	Hombre 3	4	otros	otros	—	H	Estudio	
7	Ricardo Villegas Torres	1065606588	1	4	otro	otros	—	xD	Estudiante	
8	Jhoanna David Ussher Contreras	1066872686	1	3	4	4 otros	—	3008508096	Estudiant	
9	Andres Jose Rincon Ortiz	—	1	3	4	4	—	3162497002	estudiante	
10	Luis Fernando Calderon	1065612936	1	3	4	1	—	3055430138	Estudiante	Luis Fernando
11	Camila andrea zapata	1077604112	2	3	4	1	—	3152454022	Estudiante	Kamila Zapata
12	Ivan Camilo Pocaropero	—	1	3	4	4	—	3003453772	Estudiante	Ivan Poca
13	Lineth Kamila mercado	1141116207	2	3	4	1	—	3011992573	Estudiante	Lineth Kamila
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEADS

11°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL?: Consul C

NOMBRE DEL EVENTO: Consul educativo de la sexualidad en tu colegio

RESPONSABLE: P.E.I.C

FECHA: 21/08/2024

LUGAR: Consuelo Araujo Noguera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 años hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 26 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (27 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ESTUDIA 1. APTO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	JAVIER JESUS MEDINA LEON	32.255.327	1	4	4	3	—	3007201098	ESTUDIANTE	
2	Omar yesith Buitrago Carranza	1065614990	1	3	4	4	—	3238171837	Estudiante	
3	Geraldine Benavides Martinez	1066283708	2	3	4	4	—	3046166902	Estudiante	Geraldine B.
4	Brenda Maria Cadmano		2	3	4	4	—	3185085184	estudiante	Brenda Be.
5	Nathaly Michell Rubio	1067606768	2	3	4	4	—	3044186326	Estudiante	Nathaly. R.
6	Carlos Andres Mieles	1067603619	1	3	4	4	—	3143268494	Estudiante	
7	Javier Santiago Mena	1067605415	1	3	4	4	—	3113849089	estudiante	Javier M.
8	Miguelangel Ochoa Herrera	1067596091	1	4	4	4	—	3014470914	estudiante	Miguel Ochoa
9	Sergio Andres Lopez O.	1095582133	1	3	4	4	—	3053743187	estudiante	Sergio Lopez
10	Keira Marcela Torres Serrano	1062397420	2	3	4	1	—	3226484024	estudiante	Keira Torres
11	Daniel Amando Luna M.	1065596582	1	4	4	4	—	3148847328	Estudiante	
12	Juri Alfonso Bolaño prent	1065603205	1	4	4	4	—	3029841723	Estudiante	
13	Jose victor arias Pena	1066283653	1	3	2	1	—	3016489612	Estudiante	Jose V
14	Adrian yesith Bedoya P.	1067593720	1	4	4	4	—	3023677645	Estudiante	Adrian B

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

11°

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION:___ OTRO: ¿CUAL?: Consejo E.

NOMBRE DEL EVENTO: Consejo Educativo de la sexualidad en tu colegio

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 21/08/2024 LUGAR: Consuelo Araujo Noguera

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTATIVIDAD	FIRMA
1	Shaila Restrepo	1118823203	2	3	4	4	—	3243934485		Shaila Restrepo
2	Claudia Carvajalino	7065616775	2	3	2	1	—	3201534413	Estudiante	Claudia Carvajalino
3	Kaien Acero	1091355266	2	4	4	4	—	3138703654	Estudiante	Kaien Acero
4	Nicol Dayana Cano Sosa	1064789130	2	4	4	4	—	3022999680	Estudiante	Nicol Cano
5	Meibeth Rangel coronel	1067602332	2	3	4	4	—	3002312378	Estudiante	Meibeth
6	Camila Andrea Castro	1065603033	2	4	4	4	—	3004271552	Estudiante	Camila Castro
7	Sharol nicol palmera c	1066283244	2	3	4	4	—	3215374121	Estudiante	Sharol nicol
8	Leismy Martinez Caldera	1102229303	2	4	4	4	—	3209345976	Estudiante	Leismy Martinez
9	Angie Blanco Gonzalez	1066283071	2	3	4	4	—	3042127402	Estudiante	Angie Blanco
10	Yinileth paola Palma Alvarado	1065656963	2	3	4		—	3246723271	Estudiante	[illegible]
11	Sebastian Ochoa Simanca A.	1067601039	1	3	4	4	—	3128832079	Estudiante	[illegible]
12	Maria Angel Rodriguez M.	1056099124	2	3	4	4	—	3042603847	Estudiante	Maria
13	Cristian David Flores Florez	1067602152	1	3	4	4	—	3135856593	Estudiante	[illegible]
14	Nayareth Contreras Agud	1065594753	2	4	4	4	—	3113113235	estudiante	Nayareth

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar 27 sesiones de información en salud, distribuidos en tres (3) instituciones educativas de los microterritorrios priorizados, dirigidos a los estudiantes de los grados 9°, 10° y 11° de bachillerato del área urbana en el marco de la estrategia municipal "CARRUSEL EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TU COLEGIO".

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

SESIONES 1 Y 2 DEL CARRUSEL EDUCATIVO: Sesiones de información en salud, distribuidos en tres (3) instituciones educativas de los microterritorrios priorizados, dirigidos a los estudiantes de los grados 9°, 10° y 11° de bachillerato del área urbana en el marco de la estrategia municipal.

Objetivo: Fortalecer el conocimiento en Salud Sexual Y Reproductiva en el marco de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos de los estudiantes de 9°, 10° y 11° de las Instituciones Educativas públicas del municipio de Valledupar mediante estrategias lúdico-educativas en busca de generar empoderamiento y disminuir la ocurrencia de embarazos a temprana edad, enfermedades de trasmisión sexual y eventos de violencia sexual.

Para el desarrollo de estas actividades fue necesario la realización de articulaciones con los actores involucrados así:

- Reunión con Directivos, coordinación académica, docente orientador de las I.E.

El carrusel educativo está dirigido a estudiantes entre los 15 a 18 años edad, de entornos educativos del municipio de Valledupar.

Durante el mes de AGOSTO se realizaron un total de 6 sesiones.

SESION 3
DIA:8 DE AGOSTO 2024
HORA: 6. 30 AM A 8:30 AM
LUGAR: I.E. BELLO HORIZONTE

-Participaron 82 estudiantes
-Temas trabajados:

PROYECTO DE VIDA,

DERECHOS SEXUALES

DERECHOS REPRODUCTIVOS.

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	31	1	0	0	1	0	0	31	7	0	2	23	1	0	0	0	0
MUJER	0	0	42	4	0	0	0	2	0	44	18	0	0	28	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0

TOTAL	0	0	74		0	0	1	2	0	77	25	0	2	53	1	0	0	0	0

SESION 4
DIA: 9 AGOSTO DEL 2024
HORA: 6-.30 AM A 8: 30 AM
LUGAR: I.E. BELLO HORIZONTE

-Participaron 82 estudiantes
-Temas trabajados:

- AUTOESTIMA,
- RELACIONES INTERPERSONALES,
- TOMA DE DECISIONES.

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	52	4	0	0	0	1	0	85	1	0	2	81	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	82	4	0	0	0	1	0	85	1	0	4	81	0	0	0	0	0

SESION 3
DIA: 20 DE AGOSTO 2024
HORA: 6:30AM - 8:30AM
LUGAR: I.E CONSUELO ARAUJO NOGUERA

-Participaron 84 estudiantes
-Temas trabajados:

- PROYECTO DE VIDA,
- DERECHOS SEXUALES Y
- DERECHOS REPRODUCTIVOS.

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	38	4	0	0	2	1	0	39	15	0	2	25	0	0	0	0	0

MUJER	0	0	39	3	0	0	0	2	0	40	12	0	0	30	0	0	0	0	0
LGBTI Q+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	77	7	0	0	2	3	0	79	27	0	2	55	0	0	0	0	0

SESION 4
DIA:21 DE AGOSTO
HORA: 6:30AM - 8:30AM
LUGAR: I.E CONSUELO ARAUJO NOGUERA

-Partìciparon 84 estudiantes
-Temas trabajados:

- AUTOESTIMA,
- RELACIONES INTERPERSONALES,
- TOMA DE DECISIONES.

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZ DE F	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	33	1	0	0	2	1	0	31	2	0	2	30	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	49	0	0	0	0	1	0	48	0	0	0	49	0	0	0	0	0
LGBTI Q+	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	82	2	0	0	2	2	0	79	2	0	2	79	0	0	0	0	0

SESION 3
DIA: 2 DE AGOSTO
HORA: 7: 00AM – 9:00 AM
LUGAR: I.E JOSE EUGENIO MARTINEZ

-Participaron 90 estudiantes
-Temas trabajados:

- PROYECTO DE VIDA,
- DERECHSO SEXUALES Y
- DERECHOS REPRODUCTIVOS.

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	46	3	0	0	0	2	0	38	1	0	2	46	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	31	6	0	0	2	0	0	44	9	0	2	26	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0		9	0	0	2	2	0	86	10	0	4	76	0	0	0	0	0

SESION 4
DIA: 5 DE AGOSTO 2024
HORA: 10:00 AM A 12:00 AM
LUGAR: I.E JOSE EUGENIO MARTINEZ

-Participaron 82 estudiantes
-Temas trabajados:

- AUTOESTIMA,
- RELACIONES INTERPERSONALES,
- TOMA DE DECISIONES.

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	36	1	0	0	1	1	0	35	1	0	2	33	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	39	4	0	0	0	1	0	40	6	0	0	37	0	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	77	5	0	0	1	2	0	79	7	0	2	72	0	0	0	0	0

El desarrollo de la actividad se realiza en 3 STAND EDUCATIVOS en el siguiente orden a cargo de 3 Profesionales de la Psicología y con el apoyo constante de la Referente DSSR- HEAD – Liliana Aguilar Caro, auxiliar administrativo Mayle Espitia y apoyo logístico:

- VISITA 5 STAND ANATOMIA AR FEMENINO (ROXANA GONZALEZ)
- VISITA 5 STAND 2 ANATOMIA AR MASCULINO (LILIANA AGUILAR CARO)

- VISITA 5 STAND 3- FISIOLOGIA AR- FEMENINO - MASCULINO (LINA MARIA PARRA)
- VISITA 6 STAND 1 MADURACION SEXUAL HOMBRE Y MUJER (ROXANA GONZALEZ)
- VISITA 6 STAND 2 RESPUESTA SEXUAL HY M (LILIANA AGUILAR CARO)
- VISITA 6 STAND 3- HIGIENE DEL APARATO REPRODUCTOR H Y M (LINA MARIA PARRA MEJIA)

Resultado: Estudiantes fortalecieron el conocimiento sobre el ejercicio de la sexualidad responsable, prevenir los embarazos a temprana edad, promoviendo el autocuidado /higiene personal) y una vida saludable.
Los estudiantes valoraron funciones de los órganos internos y externos del aparato reproductor femenino y masculino.
Impacto: Promoción de los factores protectores y factores de riesgo sobre la salud sexual y reproductiva en la población objeto en el municipio de Valledupar.
La estrategia se denominó **"CUIDA TU SEXUALIDAD"**

1.2. ANEXOS

-Acta de trabajo de la actividad realizada.
-Consolidado de información en Excel con las actividades descripción de población diferencial
-Listado de asistencia
-Evidencia fotográfica (Fotos y videos) publicación en redes.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORD- PIC 2024

ACTIVIDAD

REALIZAR DOCE (12) ENCUENTROS COMUNITARIOS DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA Y CUIDADORES, PARA FORTALECER LAS PAUTAS DE BUEN TRATO EN LA FAMILIA Y EL DIALOGO CON LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDAD RESPONSABLE Y AUTOCUIDADO, CON ENFOQUE DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, VALORES Y PROYECTO DE VIDA

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES No. 1

Realizar doce (12) encuentros comunitarios dirigido a padres de familia y cuidadores, para fortalecer las pautas de buen trato en la familia y el dialogo con los jóvenes y adolescentes sobre sexualidad responsable y autocuidado, con enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos, valores y proyecto de vida.

ELABORADO POR
SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PERIODO DE EJECUCION:
DEL 1 AL 31 DE AGOSTO DE 2024

PIC 2024

Dirección: Carrera 20 No. 43 – 63
e- mail: gerencia@headese.gov.co
Valledupar, Cesar

1. INTRODUCCION

El Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación con la Secretaría Local de Salud, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en el Área sexualidad y derechos sexuales y reproductivos tiene previsto el desarrollo de varias actividades que buscan efectuar en entornos comunitarios y educativos de la ciudad la estrategia **""CUIDA TU SEXUALIDAD""**.

Estas intervenciones lúdicas y culturales en entorno comunitario se espera que los niños, niñas y adolescentes reconozcan sus derechos en el disfrute pleno de la sexualidad, la ausencia de violencia, coacción o abuso, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Se presenta en este informe la ejecución y resultados de estas actividades de gran impacto en la salud y el ambiente del municipio.

2. OBJETIVOS

Generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar

3. METODOLOGIA

- Definir estrategias de articulación y concertación con instituciones educativas, entidades y quien sea necesario para el desarrollo de las actividades en el entorno institucional.
- Realizar cronograma de ejecución de las actividades
- Ejecutar las actividades descritas en la ficha según cronograma definido
- Realizar el informe correspondiente al desarrollo de las actividades

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

- proyecto de vida de los jóvenes y Adolescentes.
- Prevención de la Violencia intrafamiliar
- Prevención de la Violencia sexual y de Género
- Prevención de Infecciones de Transmisión sexual.
- Autocuidado y DSR
- Dialogo y buen trato

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar doce (12) encuentros comunitarios dirigido a padres de familia y cuidadores, para fortalecer las pautas de buen trato en la familia y el dialogo con los jóvenes y adolescentes sobre sexualidad responsable y autocuidado, con enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos, valores y proyecto de vida.

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

Objetivo: Generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.

Para el desarrollo de los encuentros fue necesario la realización de articulaciones con los actores involucrados asi:

- Reunión con Directivos, coordinación académica, docente orientador de las I.E.

Los encuentros estuvieron a cargo de Psicóloga, Lina Parra Mejía , Referente de DSSR Liliana Aguilar, Auxiliar de Enfermeria, Mayle Espitia.

Se generan espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.

Los temas desarrollados en el encuentro son:

- Stop de la sexualidad
- Comunicación asertiva en la familia (Mensajes del yo).
- Relaciones interpersonales y buen trato.
- Fortalecimiento del Autoestima y proyecto de Vida.
- Empoderamiento de los Derechos sexuales y reproductivos.
- Autocuidado y prevención de embarazos a temprana edad.
- Proyecto de vida
- Métodos anticonceptivos
- Enfermedades de transmisión sexual
- Stop familiar

Durante el mes de julio se realizaron un total de 3 ENCUENTROS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A PADRES DE FAMILIA Y CUIDADORES.

ENCUENTRO N° 4
FECHA: 14 DE AGOSTO 2024
HORA: 7: 000 AM
LUGAR: INSTITUCION EDUCATIVA LA ESPERANZA

Siendo las 07:00 AM del dia 14 de AGOSTO del año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, en la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, previa reunión de concertación con el

rector de la IE, se desarrolló la actividad denominada Encuentro comunitario, con el acompañamiento de la Docente Orientadora de la I.E. Sugey Zuleta, buscando dar cumplimiento al objetivo planteado desde la sectorial salud del municipio: Generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.

La docente orientadora, Sugey Zuleta, hace la instalación del evento, iniciando con la bienvenida y agradecimientos a los padres de familia y cuidadores asistentes (Se realiza oración para dar gracias a DIOS por todo por parte de una madre de familia). De igual forma el Rector Oscar Ortega Bolívar, comparte a los estudiantes los comportamientos adecuados que deben tener en el desarrollo de la actividad y agradece a las entidades por apoyar con estos temas que son de beneficio para toda la comunidad estudiantil.

Liliana Aguilar, da las gracias a los asistentes e inicia mencionando el tema y el objetivo principal por el cual fueron convocando, dejando claridad de las entidades que realizan el encuentro.

Lina Parra, Inicia el desarrollo de la temática con la siguiente información:

A partir del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, el disfrute pleno de la sexualidad, la ausencia de violencia, coacción o abuso, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, el dialogo y buen trato en el entorno familiar.

Dando cumplimiento a la metodología propuesta desde HEAD y aprobada por la líder de la dimensión en la sectorial, se inició con una dinámica de reflexión, entorno a las vivencias personales de cada asistente sobre la educación que recibió en su adolescencia sobre salud sexual y reproductiva, en los diferentes entornos: familiar, comunitario o educativo, dicha dinámica recibe el nombre de STOP SEXUALIDAD, y consistió en que cada asistente, teniendo en cuenta la letra inicial de sus nombres y apellidos, describirían con una palabra o una frase, cómo fue su educación sexual, algún tabú, qué nunca harían, cómo les gustaría que fuera la educación sexual hoy en día; se les indica que sus respuestas estarán desde sus experiencias, vivencias y conocimientos adquiridos respecto al tema (Estudiantes y Padres de familia y/o cuidadores), el tiempo de la actividad fue de 6 minutos para el diligenciamiento.

En el desarrollo de la actividad contamos entre los asistentes con los estudiantes del Programa de Psicología del 9 semestre de la FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de la ciudad de Valledupar.

Terminado el tiempo, se abrió un espacio para la socialización ante los asistentes, como también para que compartieran sus opiniones y pensamientos con respecto a la actividad. A continuación, se muestra la estructura utilizada:

Objetivo: Fortalecer las relaciones DE PADRES E HIJOS, a partir del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, el disfrute pleno de la sexualidad, la ausencia de violencia, coacción o abuso, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, el dialogo y buen trato en el entorno familiar

.

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA			ETNIA			VICTIMA			CONDICION			
VARIABLES	ADO	JUV	ADUL	AFRO	INDIG	OTROS	DESPL	MIGRAT	OTROS	CBZ DE F	LACTTE	PCD	OTROS
HOMBRE	30	6	1	1	1	30	8	4	20	0	0	0	37
MUJER	53	1	15	4	4	66	25	1	48	21	0	0	48
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	83	7	16	5	5	96	33	5	68	21	0	0	85

1.2. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Actas de Ejecución de cada orientación
- Registro fotográfico y fílmico.
- Planilla de asistencia
- Infografía

Se anexa; Soporte físico relacionado por actividad, actas de ejecución, registro de planillas de asistencia, oficios de concertación, actas de reunión con entidades, actas de reunión con líderes, registro fotográfico, videos e informe con sus soportes en medio magnético.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 18 días del mes de septiembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Jaime Flores Referente Dimensión Salud Ambiental PIC 2024
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del. PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humano

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024									
LUGAR:	IE LA ESPERANZA		**FECHA**	08/8/2024		**HORAINICIO**	5:00 P.m.			
						HORAFINAL	6:00 P.m.			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**					
TEMA:	Concertación implementación de ficha "ENCUENTRO COMUNITARIO"									
OBJETIVO:	Concertar el desarrollo de las actividades correspondientes a la dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar, vigencia 2024, en lo relacionado con el desarrollo de la estrategia "ENCUENTRO COMUNITARIO"									
POBLACIÓN OBJETIVO:	Docente coordinadora									

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco de la mesa intersectorial desarrollada el día 8 de agosto de 2024 liderada por la Secretaría Local de Salud, se establece contacto con la docente orientadora de la IE la Esperanza, Sugey Zuleta con el ánimo de concertar un evento denominado **ENCUENTRO COMUNITARIO**, donde se integran padres e hijos de la comunidad educativa de esa institución, mismo que busca generar integración familiar entorno a la educación en salud sexual y reproductiva y a desmitificar algunas creencias arraigadas en el imaginario colectivo sobre esta temática. Se hace claridad de que se trata de una única sesión en la IE, que deben contar con la participación de padres, se proponen tres fechas posibles dentro del cronograma las cuales son 14, 23 y 26 de septiembre, en ese momento queda a disposición de la docente revisar calendario académico y socializar posteriormente la fecha que sería seleccionada. Posteriormente, vía telefónica, la docente manifiesta que la institución escoge el día 14 de agosto para el desarrollo de la actividad.

La docente manifiesta que para el evento se invitarán los padres de grado octavo, dado que en ese grado actualmente se encuentran dos estudiantes embarazadas y considera pertinente que sea esa parte de la comunidad educativa la que participe del evento, adicionalmente manifiesta que la capacidad instalada de la institución permite un aforo máximo de 100 personas, lo que limita el número de participantes al evento a esa cuantía. Asi las cosas, por parte del hospital se acepta lo planteado y se concreta entonces que se trata de aproximadamente 100 personas las que asistirán, incluyendo padres e hijos, ratificando que se trata de impactar positivamente el fortalecimiento de habilidades personales en los estudiantes que les permita tomar decisiones informadas en esta dimensión de su salud y se manifiesta por parte de la referente de HEAD, que se levantará acta de esta concertación para la firma por parte de los participantes

Finalizada la concertación siendo las 6:00 de la tarde se da por finalizada la actividad de socialización y concertación, se pactan algunos compromisos descritos a seguir:

COMPROMISOS			
N°	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar el acta de la reunión	HEAD	9/8/2024
2.	Socializar acta con SLS	HEAD	9/8/2024
3.	Elaboración de banner publicitario	HEAD	9/8/2024
4.	Aportar espacio físico y apoyo tecnológico televisor proyector para el desarrollo del evento	Docente orientadora	14/8/2024
5	Convocar comunidad educativa sujeto de intervención en el evento	Docente orientadora	14/8/2024

ASISTENTES			
NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN	FIRMA
Liliana Aguilar Caro	Enfermera Head	HEAD	Liliana Aguilar Caro.
Sugey Zuleta	Docente coordinadora.	I.E. La esperanza	Sugey Zuleta G.

ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTODEL ACTA	Firma:	Liliana Aguilar Caro.
	Nombre:	Liliana Margarita Aguilar Caro

VALIDADORES DELACTA	NOMBRE	Número de Cédula	Firma
	Hyber Guevara	5.092.159	

ENCUENTRO COMUNITARIO



14 DE AGOSTO

I.E La Esperanza

7:00 am

VALLEDUPAR

HEAD

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024 **FORMATO DE ACTAS**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024										
LUGAR:	INSTITUCION EDUCATIVA LA ESPERANZA			**FECHA**		14/08/2024		**HORA INICIO**	7:00 AM		
								HORA FINAL	8:30 AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cuál:**	ENCUENTRO COMUNITARIO					
TEMA:	CUARTO (4) encuentros comunitarios dirigido a padres de familia y cuidadores, para fortalecer las pautas de buen trato en la familia y el dialogo con los jóvenes y adolescentes sobre sexualidad responsable y autocuidado, con enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos, valores y proyecto de vida.										
OBJETIVO:	Generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Padres de familia y/o cuidadores – estudiantes del IE LA ESPERANZA										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 07:00 AM del dia 14 de AGOSTO del año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, en la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, previa reunión de concertación con el rector de la IE, se desarrolló la actividad denominada Encuentro comunitario, con el acompañamiento de la Docente Orientadora de la I.E. Sugey Zuleta, buscando dar cumplimiento al objetivo planteado desde la sectorial salud del municipio: Generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.

La docente orientadora, Sugey Zuleta, hace la instalación del evento, iniciando con la bienvenida y agradecimientos a los padres de familia y cuidadores asistentes (Se realiza oración para dar gracias a DIOS por todo por parte de una madre de familia). De igual forma el Rector Oscar Ortega Bolívar, comparte a los estudiantes los comportamientos adecuados que deben tener en el desarrollo de la actividad y agradece a las entidades por apoyar con estos temas que son de beneficio para toda la comunidad estudiantil.

Liliana Aguilar, da las gracias a los asistentes e inicia mencionando el tema y el objetivo principal por el cual fueron convocando, dejando claridad de las entidades que realizan el encuentro.

Lina Parra, Inicia el desarrollo de la temática con la siguiente información:

A partir del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, el disfrute pleno de la sexualidad, la ausencia de violencia, coacción o abuso, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, el dialogo y buen trato en el entorno familiar.

Dando cumplimiento a la metodología propuesta desde HEAD y aprobada por la líder de la dimensión en la sectorial, se inició con una dinámica de reflexión, entorno a las vivencias personales de cada asistente sobre la educación que recibió en su adolescencia sobre salud sexual y reproductiva, en los diferentes entornos: familiar, comunitario o educativo, dicha dinámica recibe el nombre de STOP SEXUALIDAD, y consistió en que cada asistente, teniendo en cuenta la letra inicial de sus nombres y apellidos, describirían con una palabra o una frase, cómo fue su educación sexual, algún tabú, qué nunca harían, cómo les gustaría que fuera la educación sexual hoy en día; se les indica que sus respuestas estarán desde sus experiencias, vivencias y conocimientos adquiridos respecto al tema (Estudiantes y Padres de familia y/o cuidadores), el tiempo de la actividad fue de 6 minutos para el diligenciamiento.

En el desarrollo de la actividad contamos entre los asistentes con los estudiantes del Programa de Psicología del 9 semestre de la FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de la ciudad de Valledupar.

Terminado el tiempo, se abrió un espacio para la socialización ante los asistentes, como también para que compartieran sus opiniones y pensamientos con respecto a la actividad. A continuación, se muestra la estructura utilizada:

Posteriormente se menciona que, desde la adolescencia el ser humano presenta cambios psicológicos, físicos y sociales, entre otros y que, a partir del conocimiento mediado a través del diálogo en los diferentes entornos: Familia, Escuela y comunidad se puede generar un comportamiento enmarcado en el autocuidado y la responsabilidad y evitar que se siga presentando esta situación que influye en el desarrollo socioeconómico de los pueblos.



En consonancia con lo anterior, se informa a los asistentes sobre el derecho a recibir información de calidad y, en este sentido, se indicó que existe la consulta de orientación en anticoncepción o planificación familiar: por medio de la cual un profesional de medicina o enfermería orienta acerca del uso de métodos anticonceptivos; de esa forma el o la adolescente, o cualquier miembro de la comunidad, puede elegir el método más adecuado a sus necesidades, de acuerdo a los criterios de elegibilidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud.





Se aborda además la importancia de la prevención de las inyecciones de transmisión sexual, se mencionan algunas y se hace énfasis en el uso del preservativo como método de prevención

ALCALDIA DE VALLEDUPAR - SECRETARÍA LOCAL DE SALUD	
E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -DIMENSION SEXUALIDAD - DSDR	
ENCUENTRO COMUNITARIO	

STOP SEXUALIDAD			
Cómo fue su educación sexual	Algo tabú	Yo nunca....	Cómo le gustaría que fuera la educación sexual

Algunas de las respuestas de los asistentes fueron las siguientes (Cabe resaltar que todos realizaron la actividad):

- **Cómo fue su educación sexua**l: Sin información, no se hablan esos temas en casa
- **Algo tabú**: Y
- **Yo nunca**: Yo nunca tuve información de sexualidad en mi juventud
- **Cómo les gustaría que fuera la educación sexual:** Una educación con información adecuada dándole herramientas a los estudiantes para evitar ETS Y END

Se continúa el encuentro con la revisión de algunos casos hipotéticos, describiendo situaciones que ocurren en la cotidianidad de la familia, en busca de obtener por parte del padre o cuidador, la manera en que usualmente realiza el abordaje, con especial énfasis en el lenguaje que utiliza, dado que, como seres humanos tendemos a señalar al otro y hacerlo sentir culpable por los eventos que ocurren a nuestro alrededor y nos causan malestar o tienen alguna repercusión en nuestras emociones, luego de haber escuchado la intervención, se orienta al participante a la reflexión entorno a los mensajes del "yo", que plantean un ajuste del lenguaje a la hora de abordar situaciones en casa o en cualquier entorno, que mayormente dé cuenta de cómo me siento "yo" frente a lo ocurrido, es así como se describen tres momentos importantes a seguir:

1. Describir la situación:

ijo, habíamos concertado que (…hablar de lo que se había pactado….) y encuentro que no fue así

2. Cómo me siento cuando haces algo:

Esa situación hace que "yo" sienta mucha tristeza, preocupación, soledad, burla, desolación, entre otras emociones… etc….

3. Proponer alternativas:

para evitar que vuelva a pasar lo ocurrido, te propongo que hagamos un cambio (... propuesta del padre o cuidador…) y quisiera escuchar qué opinas tú al respecto, o si haces otra propuesta para llegar a un acuerdo, para no volverme a sentir así.

Como es evidente, con el uso de esta técnica, en ningún momento se hace señalamientos a la otra persona, solamente se habla de cómo me siento "yo" y qué propongo "yo". Lo que pretende es, no generar controversia o reacciones defensivas por parte del "otro" al no sentirse señalado, sino una invitación al apoyo y a la integración en armonía, lo que redundará, sin duda, en el beneficio de cada uno de los miembros de la familia. A continuación se muestran los casos hipotéticos abordados

ALCALDIA DE VALLEDUPAR - SECRETARÍA LOCAL DE SALUD	
E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -DIMENSION SEXUALIDAD - DSDR	
ENCUENTRO COMUNITARIO	

CASOS EN EL HOGAR: Cómo lo hablaría con su hijo?			
Caso 1.	**Caso 2.**	**Caso 3.**	**Caso 4.**
Al hijo o hija adolescente le corresponde lavar los platos de la cena; sin embargo no, realiza la actividad, se dio atrae con los amigos	Al hijo o hija adolescente le corresponde sacar la basura en el horario que pasa por el vecindario; sin embargo no, realiza la actividad, pasa a las 6:30 am y no se ha levantado	El hijo o hija adolescente pierde algunas materias del colegio... Dedica una buena cantidad de tiempo a pantallas: (celular, televisor)	Al hijo o hija adolescente se le ha llamado la atención por una situación en la que es necesario cambie de actitud, el levanta la voz cuando se le llama la atención por algún motivo

Es de resaltar que, en este momento del encuentro, participaron voluntariamente 2 madres (Jacqueline y Luz) describieron de forma clara, su perspectiva y pensamientos frente a cada una de las situaciones, mencionando que por medio del diálogo resolverán las situaciones, pero si tienen que hablarles fuerte lo hacen , "porque a los hijos hay que hablarles las cosas" como manifestó una de ellas.

Con base en lo anterior, se continúa mencionando la importancia de las relaciones interpersonales y el buen trato en el hogar, dado que, como se planteó, de esta manera se logra fortalecer la interacción entre los seres humanos en diferentes entornos, familia, escuela, trabajo, comunidad. Es decir, la familia es ese ambiente más próximo al ser humano que viene a ser un factor protector, si genera bienestar, si forma en amor, si ese amor logra trascender los límites del "yo" y favorece que me ame y me acepte tal como soy, sin buscar aprobación de externos, cimenta en el ser lo que se denomina, autoestima, misma que se define como, la valoración o actitud que tenemos hacia nosotros/as mismos/as; quererse, respetarse, amarse a uno/a mismo/a y reconocer nuestros talentos y cualidades, se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias por las que pasamos y hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Al respecto, se compartieron las siguientes recomendaciones

- Dedícale tiempo a las personas que te hacen sentir bien: tus amigos/as y familia.
- Aléjate de las personas que te hieren o son una influencia negativa en tu vida.
- Ser auténtico/a, no imitar a nadie
- No buscar la aprobación de los demás.
- No exigirse demasiado.
- Darse permisos. No pasa nada si tengo un mal día, no pasa nada si tengo pocas ganas de hablar

Se hizo claridad sobre la importancia de la familia y su entorno, en la estructura del ser, la gran influencia que tienen en el autoestima y fortalecimiento de las relaciones interpersonales, máxime si se reconoce que, actualmente están influenciadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación, lo que las ha globalizado y a la vez las ha propiciado el distanciamiento social y, en este sentido la familia constituye una base sólida sobre la cual se construye la estructura del ser. Sin embargo, también se reconoce que no hay una escuela de formación para la familia, esta se va construyendo en el trasegar de la vida como un sistema abierto que recibe y entrega elementos en retroalimentación permanente con la sociedad, al respecto se comparte el siguiente mensaje:



Seguidamente se compartió con los asistentes información sobre el proyecto de vida y se definió como el plan que se propone desarrollar todo individuo en su vida durante cada etapa que va atravesando, por lo general, se va construyendo desde muy niño, cuando se va identificando con algún arte, un deporte o una afición. Se hizo especial énfasis en la importancia de recibir apoyo y estimulación por parte de la familia, lo cual es indispensable para

debe aportar en la consecución de la meta propuesta y que no siempre va a ser posible llegar sin encontrar algún desafío que superar, por eso en indispensable creer en sí mismo para no permitir que ninguna circunstancia represente obstáculo, perseverar y avanzar con los ojos puestos en la meta.

En este momento se realizó una dinámica para ampliar este concepto, consistió en invitar a los asistentes a cerrar los ojos e imaginarse transcurridos 5 años más adelante en la vida y se planteó que se respondieran la pregunta…¿Dónde se visualiza? … Participaron 1 estudiante y se visualizo terminando su colegio e ingresando a una universidad.

En consonancia con lo anterior, se resaltó que, las relaciones interpersonales deben estar mediadas por el respeto, la aceptación y valoración del otro, en dignidad, equidad y justicia; favoreciendo el ejercicio de los derechos, tanto a manera personal como también permitiendo que los demás tengan un ejercicio de éstos según su cosmovisión, comprendiendo que los actos de los demás deben ser respetados, siempre y cuando no atropellen o pongan en desventaja a nadie. En este sentido, se requiere comprender que la diversidad en la dimensión de la sexualidad es una realidad que debemos afrontar con tolerancia, dado que existen unos DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, mediante los cuales el estado colombiano busca garantizarlos.

Se aterriza el desarrollo de la socialización al tema principal los derechos sexuales y reproductivos: Es indispensable que todos conozcamos los DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DSDR, para poder reflexionar sobre cómo estamos ejerciéndolos, cuáles hemos disfrutado y cuáles no, comprender que estos deben ser garantizados en todas las instituciones y por la sociedad en general, incluidos nosotros, que no debemos ser piedra de tropiezo, para que los demás miembros de la familia y la comunidad en general puedan tener un ejercicio pleno de ellos. Estaremos sensibles ante las realidades diversas que enfrentamos como sociedad y seremos capaces de tener aceptación por las decisiones de los demás en el marco del ejercicio de los DSDR.

Se hace lectura y explicación de cada uno de los DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, despejando las dudas que surgieron en los asistentes. DSDR



finalizada la revisión de los derechos, se indica la importancia de su ejercicio y garantía para evitar la aparición de embarazos a temprana edad, se comparte mensaje plasmado en la siguiente imagen, y adicionalmente se pide que de manera colectiva , repitan al unísono en voz alta en el recinto:



Posteriormente se menciona que, desde la adolescencia el ser humano presenta cambios psicológicos, físicos y sociales, entre otros y que, a partir del conocimiento mediado a través del diálogo en los diferentes entornos: Familia, Escuela y comunidad se puede generar un comportamiento enmarcado en el autocuidado y la responsabilidad y evitar que se siga presentando esta situación que influye en el desarrollo socioeconómico de los pueblos.

Cambios en los niños versus niñas

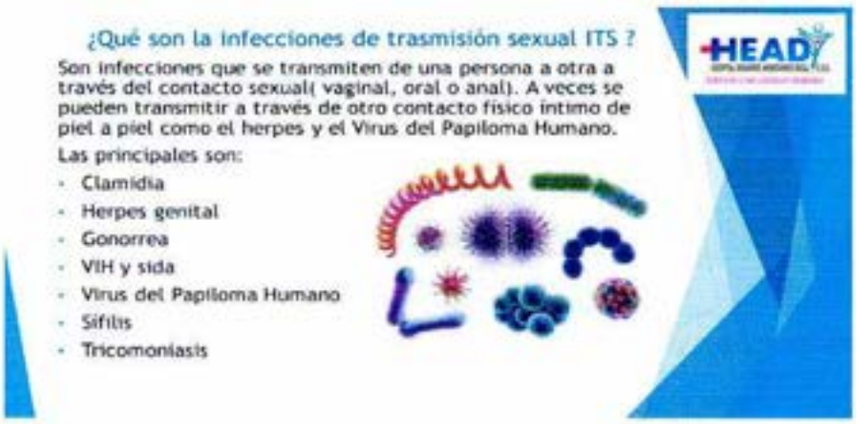


En consonancia con lo anterior, se informa a los asistentes sobre el derecho a recibir información de calidad y, en este sentido, se indicó que existe la consulta de orientación en anticoncepción o planificación familiar: por medio de la cual un profesional de medicina o enfermería orienta acerca del uso de métodos anticonceptivos; de esa forma el o la adolescente, o cualquier miembro de la comunidad, puede elegir el método más adecuado a sus necesidades, de acuerdo a los criterios de elegibilidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud.





Se aborda además la importancia de la prevención de las inyecciones de transmisión sexual, se mencionan algunas y se hace énfasis en el uso del preservativo como método de prevención







Finalmente se realiza la actividad de cierre, denominada: STOP FAMILIAR, la cual consistió en que las madres, padres, cuidadores e hijos asistentes, deberian responder unas preguntas plasmadas en un formato, con la particularidad de que las respuestas dadas por la madre o el padre debes ser de la información del o la hijo(a) y viceversa, posteriormente se invitó a una pareja a compartir lo plasmado en el formato. El objetivo de esta dinámica fue identificar el grado de compenetración que existe entre padres e hijos en la cotidianidad familiar. La estructura del Stop es la siguiente:

STOP FAMILIAR								
Nombre completo	Cómo le dicen de cariño	Quién es su mejor amigo	Fecha de cumpleaños	Cuál es su comienzo favorito	Qué le hace feliz	Qué le entristece	Cuál es su actividad favorita	Cuál es su comida favorita

acertaron en todos los ítems, se les indicó la importancia de conocer a todos los integrantes del hogar, ya que, de esa manera se pueden entender, comprender y tener empatía con todos los integrantes del hogar en el momento que estén pasando por situaciones que generen alegría, tristeza, entre otros sentimientos.

Se realizó cierre de la actividad agradeciendo la presencia y participación a los asistentes y la posibilidad del desarrollo de la misma con el apoyo de la docente orientadora, Sugey Zuleta y la vinculación del rector de la I.E. La Esperanza. Es de resaltar que, fue una actividad que generó integración, participación, reflexión, agrado y mucho bienestar en cada uno de los asistentes, de esta manera manifestaron lo importante de estos espacios educativos, La asistencia al evento contó con un total de participantes 98 entre padres, cuidadores y estudiantes, distribuidos en la siguiente tabla

INSTITUCION EDUCATIVA LA ESPERANZA
FECHA 14/08/2024 HORA INICIO 7:00 AM
HORA FINAL 8:30 AM













RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Lina Parra
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEADY
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION: X OTRO: ¿CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario (Técnico Esperanza)

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 14/08/2024 LUGAR: Esperanza

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Laura Lineth Gomez Gomez	1003263553	2	1	4	4		3028587377	Pr. Psicologia	Laura G
2	Jackeline Tesmes Cuta	49673529	2	5	4	4	1	3178068129	Madre	Jackeline Tesmes C
3	Luz Elena Rodriguez T	1085171232	2	5	4	4	1	3183843652	Madre	Luz Elena Rodriguez
4	Monica patricia Mahecha Maldo	39463606	2	5	4	4	1	3216842520	madre	Monica Mahecha M
5	Juan Jose Chinchia Barrera	1126755896	1	4	4	4		322929 0709	Pr Psicologia	
6	Anny Ruby Brochero Palacio	1119840460	2	4	4	4		3145138487	Pr Psicologia	Anny Brochero
7	Isaac Daniel Cabrales	1065887084	1	3	4	4		317 806 8729	Estudiante	Isaac Daniel
8	Karles Bustillo Cuello		1	3	4	4		301 69 6502	Estudiante	Karles Cuello
9	Anibal Enrique Ochoa M.		1	3	4	4		3122138915	Madre	Anibal Enrique
10	Jesus David Payares C.	1027284169	1	3	4	4		314 29 48927	madre	Jesus Payares
11	Lina Marcela Rodriguez O.	1066897	2	3	4	1		3126844053	Estudiante	Lina Rodriguez
12	Ericmar sofia Carrillo P.		2	3	4	4		3214043398	Estudiante	Ericmar Carrillo
13	Yoendris Ibarra Castro		2	3	4	4		3127694877	Estudiante	Yoendris Ibarra
14	Andres Alejandro Avila Romero	1065644939	1	3	4	4		3162061044	Estudiante	Andres Avila

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
"PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION: X OTRO: ¿CUAL?: EC

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario (Técnico Esperanzal)

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 14/08/2024 LUGAR: I. Esperanza

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMAS 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Saray Paola Ortiz C.	1067~~6~~59915	2	3	4	4	1	3172806348	Estudiante	Saray Ortiz
2	Tatiana Sofia Hernandez.		2	3	4	4	1	3008320714	Estudiante	Tatiana Hernandez
3	Brianna Michell Fernandez P.		2	3	4	1	1	324 4603720	Estudiante	Brianna Fernandez
4	Jhonatan David Guerra C.		1	3	4	4	1	304 4343410	Estudiante	Jhonatan Guerra
5	Yeiner David Arias Narvaez		1	3	—	—	—	324 565 7907	Estudiante	Yeiner Arias
6	Lexa Ivana Barrios vasquez		2	3	4	—	—	310 8299768	Estudiante	Lexa Barrios
7	Yuliesa paola Rodriguez Avila	1067609090	2	3	4	4	—	320 735 8433	Estudiante	yuliesa Rodriguez
8	Cristian camilo Blanco B.	1062400424	1	3	4	4	1	300717 3912	estudiante	Cristian Blanco
9	Adriana Franco Rincon	1065845518	2	3	4	1	—	3117168246	Estudiante	Adriana Franco
10	Nancy Valencia lopez		2	3	4	4	—	3172730390	Estudiante	Nancy Valencia
11	Karol Garces Barreto		2	3	4	4	—	3225362256	Estudiante	karol Garces.
12	Ashley Barrios gil		2	3	4	4	—	3224963544	estudiante	Ashley Barrios
13	Carmen Pacheco Torres		2	3	4	4	—	3113020401	Estilista	Carmen Torres
14	Luis Daniel Rodriguez R.		1	3	4	4	—	3243758357	estudiante	Luis Daniel

*(PCD) Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+ Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION: X OTRO: ¿CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario (Técnico Esperanza)

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 14/08/2024 LUGAR: I. Esperanza

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
	~~Celenis~~									
1	Celenis Alvarez Molina		2	3	4	4	—	3113884003	estudiante	Celenis Alvarez
2	Sol Mariel Arias Quintero	1065661417	2	3	4	4	—	3023160262	estudiante	Sol Arias
3	Andrea camila lopez Arias		2	3	4	4	—	3025330396	estudiante	Andrea Lopez
4	Maryman ospino m.		2	3	4	4	—	3022270891	estudiante	Maryman O.
5	Pilibeth Paredo Daza		2	3	4	4	—	3044348136	estudiante	Pilibeth P.
6	Marya Morelos Morales		2	3	4	1	—		Estudiante	Marya M.
7	Alfaro Tovar Mauriku		1	3	2	4	—	3217780716	Estudiante	Mauriku Al.
8	Emily Yulieth Vanegas Rodriguez	1065644425	3	3	4	1	—	3187633261	estudiante	Emily Vanegas.
9	Nolgadis Diaz Contreras	1066288610	2	3	4	4	—	3024515439	Estudiante	Nolgadis Diaz
10	Isabel Sofia Lopez Hernandez		3	3	4	4	—	3134174426	estudiante	Isabel Lopez
11	Alex Angel Andrade Valle	1066877678	2	3	4	1	—	3006309419	Estudiante	Angel Andrade
12	Victor Manuel mejia Garcia		1	3	4	4	—	324 319 58 52	estudiante	Victor M.
13	Yeison Daniel cabeza Rodriguez		1	3	4	4	—	318 384 52 36	estudiante	
14	ZABALETA GARAY MAICOL Y.		1	3	4	4	—	3028070182	estudiante	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION: X OTRO: ¿CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario (Técnico Esperanza)

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 14/08/2024 LUGAR: I. Esperanza

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yeraldin Hincapie Murgeton	1037594110	2	4	4	1		3013884576	Estudiante	Yeraldin Hincapie.
2	Diana Bolaños SOTO	1065825841	2	4	4	4		3185916934	Estudiante	Diana Bolaños
3	Luz Adriana Brito Saunth	1006790755	2	4	4	4		315628 1905	Estudiante	Luz Adriana Brito.
4	Cesar David Dominguez Gonzalez	1065850655	1	4	4	4		3019421875	estudiante	
5	Andrea Ramirez Vides	1065574763	2	4	4	1		3052556133	Estudiante	
6	Karol Michell Ortega	1007168216	2	4	4	4		3233564676	Estudiante	
7	Andres Mauricio Gutierrez	1003381473	1	4	4	4		3154463792	Estudiante	Andres M.
8	Linda I Deluth Perez	1065	2	5	4	4		3022234455	Estudiante.	
9	Victor Manuel Cabales Ballesta		1	3	4	4			Estudiante	Victor Cabales
10	Yesibel Dayana Ovalle		2	3	4	3		3168935924	Agricultora	
11	Daniela Alejandra Padilla Bracho	1066878818	2	3	4	4		3117591903	estudiante	Alejo
12	Melissa Paola Torres H.		2	3	4	4		3216842520	Estudiante	Melissa Torres
13	Sarah Sofia Blanco Valle		2	3	4	4		3001408305	estudiante	Sarah
14	Jeimily del Carmen Tovar G.		2	3	4	0		3001408305	estudiante	Jeimi

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: (iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores).

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
"LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION: X OTRO: ¿CUAL?: EC

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario (Tecnico Esperanza)

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 14/08/2024 LUGAR: I. Esperanza

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 28 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIA 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Kevin Alberto Davila Navarro	——	1	3	4	4	——	3205691887	Estudiante	Kevin Davila
2	Carolina Guzman Fontalvo	——	2	3	4	4	——	3122747157	Estudiante	Carolina Guzman.
3	Luna Alejandra Caro Rodriguez	——	2	3	4	4	——	3023429434	Estudiante	Luna Caro R.
4	Liceth carolina Rodriguez correa	——	2	3	4	4	——	3147433653	Estudiante	Liceth Rodriguez
5	María Cecilia Alvarez Pastor	1069476817	2	3	4	4	——	3233692077	Estudiante	Maria Cecilia
6	Linda Michel Corzo Caballero	——	2	3	4	1	——	3006680271	Estudiante	Linda Corzo
7	Valeria Valeria Sandoval Zapata	——	2	3	4	4	——	313 1876796	Estudiante	Valeria Sandoval
8	Lorena Verbara Almendrales	——	2	3	4	4	——	320 7445766	Estudiante	2 [illegible]
9	Juan esteban peñaloza	——	1	3	4	4	——	3136547069	estudiante	Juan
10	Alba Rincon Jaimes	33335640	2	5	4	1	7	3223631339	madre	Alba Jaimes
11	Silvia Esther Urbina	49606005	2	5	4	1	1	3116802545	Madre	Silvia
12	Ana Molina Vargas	1065584418	2	5	4	4	1	3113884005	madre	Ana Molina
13	Isabel Hernandez P.	49761841	2	5	4	4	1	3164436604	abuela	Isabel Hernandez
14	Stefany Reyes M.	1081412583	2	5	4	4	1	3126346156	Stefany	Stefany

*(PCD): Personas con Discapacidad.
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

CRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
. . .N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL ESCUDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION:___ CAPACITACION: X OTRO: ¿CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario (Técnica Esperanza

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 14/08/2024 LUGAR: J. Esperanza

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Marlon U.R. 2 L.	—	1	3	4	4	—	3[illegible]	Estudiante	Marlon
2	gabriel Rangel Rubio	—	1	3	4	4	—	3044346936	Estudiante	Gabriel Rangel
3	Klinghon José Mora C.	—	1	3	4	4	—	3009213818	Estudiante	[illegible]
4	wilfran tyrtos R.	—	1	3	4	4	—	3205398949	estudiante	[illegible]
5	Juan Carlos Limaré	—	1	3	4	4	—	321 422 6332	Estudiante	[illegible]
6	Juan David montero	—	1	3	4	1	—	3003964900	Estudiante	Juan David
7	Marios melgarejo Torres	—	1	3	4	4	—	3105078137	Estudiante	Marios melgarejo
8	Camilo Andres Gil Barrios	1.066.184.244	1	3	4	4	—	3225677553	Estudiante	Camilo Gil
9	Adriana cristina Rojano Maviaga		2	3	4	4	—	3293354307	estudiante	Adriana Rojano
10	Laura Daniela Tapia montes	1.065.654.979	2	3	4	4	—	3215127004	Estudiante	[illegible]
11	maria Camila Duran Vargas	1.066.880.813	2	3	4	4	—	300 351 8557	estudiante	Maria Duran
12	Alexandra marcela Avila Vizcaino		2	3	4	4	—	323 333 23 19	estudiante	Alejandra Avila
13	Edgar Daniel Cuanto Castro	1065 611.223	1	3	4	1	—	3205148098	Estudiante	Edgar Daniel
14	Jesús Arturo de arcos		1	3	4	4	—	3016025751	Estudiante	Jesús Arturo

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
_AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:____ REUNION:____ CAPACITACION: X OTRO: ¿CUAL?: EC

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario (Técnico Esperanza)

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 14/05/2024 LUGAR: I. Esperanza

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5 GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	mary sofia montero B.	1014880731	2	3	1	4	1	3135507252	Estudiante	mary sofia montero
2	Ana valentina corrales J.	———	2	3	1	4	1	3016989796	Estudiante	Ana Corrales
3	maira alexandra cardenas	1240389076	2	3	1	4	1	3774706245	Estudiante	maira cardenas
4	Danna Carolina Blanco	1062400473	2	3	1	4	1	3007173972	Estudiante	Danna Blanco
5	Nicol Johana Cordoba	———	2	3	1	4	1	3178988550	Estudiante	Nicol Cordoba
6	Lewis Fabian cañizares S.	———	1	3	1	4	———	323389	Estudiante	Lewis cañizares
7	Hellen Yali Perez	———	2	3	4	4	5	3233818932	Estudiante	Hellen Yali Perez
8	Daniel Isaac Meza	———	1	3	4	4	5	3103827070	Estudiante	Daniel Meza
9	Lina Marcela Gonzales	———	3	3	4	4	———	3126346156	estudiante	Steffany Yepes
10	Esteban Andres Ibeth	———	1	3	2	1	———	3139077578	estudiante	
11	Dayana Michell Martinez B.	1065652748	2	3	4	1	———	3042858409	Estudiante	Dayana Martinez
12	Laily S. Guerra Palmera	———	2	3	4	1	———	3147307417	Estudiante	Laily Guerra
13	Jesus Antonio Chiquasuque Peña	1012396111	1	3	4	4	———	3105134812	estudiante	Jesus Peña
14	Katy Leon Mendez	1195567918	2	5	4	4	1	3015949552	Madre	Katy Leon

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024						
LUGAR:	IE UPAR	**FECHA**	08/8/2024	**HORAINICIO**	4:00 P.m.		
				HORAFINAL	5:00 P.m.		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**		
TEMA:	Concertación implementación de ficha "ENCUENTRO COMUNITARIO"						
OBJETIVO:	Concertar el desarrollo de las actividades correspondientes a la dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar, vigencia 2024, en lo relacionado con el desarrollo de la estrategia "ENCUENTRO COMUNITARIO"						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Docente coordinadora						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco de la mesa intersectorial desarrollada el día 8 de agosto de 2024 liderada por la Secretaría Local de Salud, se establece contacto con la docente orientadora de la IE UPAR, Gloria García Romero con el ánimo de concertar un evento denominado **ENCUENTRO COMUNITARIO,** donde se integran padres e hijos de la comunidad educativa de esa institución, mismo que busca generar integración familiar entorno a la educación en salud sexual y reproductiva y a desmitificar algunas creencias arraigadas en el imaginario colectivo sobre esta temática. Se hace claridad de que se trata de una única sesión en la IE, que deben contar con la participación de padres, se proponen tres fechas posibles dentro del cronograma las cuales son 14, 23 y 26 de septiembre, en ese momento queda a disposición de la docente revisar calendario académico y socializar posteriormente la fecha que sería seleccionada. Posteriormente, vía telefónica, la docente manifiesta que la institución escoge el día 23 de agosto para el desarrollo de la actividad.

La docente manifiesta que para el evento se invitarán los padres de grado séptimo 01 de la jornada de la mañana que tiene 40 estudiantes y serán convocados los padres de estos para el desarrollo de la actividad, adicionalmente manifiesta que la capacidad instalada de la institución permite un aforo máximo de 100 personas, lo que limita el número de participantes al evento a esa cuantía. Así las cosas, por parte del hospital se acepta lo planteado y se concreta entonces que se trata de aproximadamente 80 personas las que asistirán, incluyendo padres e hijos, ratificando que se trata de impactar positivamente el fortalecimiento de habilidades personales en los estudiantes que les permita tomar decisiones informadas en esta dimensión de su salud y se manifiesta por parte de la referente de HEAD, que se levantará acta de esta concertación para la firma por parte de los participantes

Finalizada la concertación siendo las 5:00 de la tarde se da por finalizada la actividad de socialización y concertación, se pactan algunos compromisos descritos a seguir:

COMPROMISOS			
N°	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1.	Realizar el acta de la reunión	HEAD	9/8/2024
2.	Socializar acta con SLS	HEAD	9/8/2024
3.	Elaboración de banner publicitario	HEAD	9/8/2024
4.	Aportar espacio físico y apoyo tecnológico televisor proyector para el desarrollo del evento	Docente orientadora	14/8/2024
5	Convocar comunidad educativa sujeto de intervención en el evento	Docente orientadora	14/8/2024

ASISTENTES			
NOMBRE	**CARGO**	**INSTITUCIÓN**	**FIRMA**
Liliana Aguilar Caro	Enfermera Head	HEAD	
Gloria García Romero	Docente coordinadora.	I.E. UPAR	

ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTODEL ACTA	**Firma:**	
	Nombre:	Liliana Margarita Aguilar Caro

	NOMBRE	**Número de Cédula**	**Firma**
VALIDADORES DELACTA	Gloria García Romero	57302614	

ENCUENTRO COMUNITARIO



23 DE AGOSTO

I.E Upar

6:30 am

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD

FORMATO DE ACTA

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024				
LUGAR:	INSTITUCION EDUCATIVA UPAR	**FECHA**	23/08/2024	**HORA INICIO**	6:30 AM
				HORA FINAL	8:30 AM

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cuál:**	ENCUENTRO COMUNITARIO			

TEMA:	ENCUENTRO COMUNITARIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS COMUNAS 4 Y 5 MUNICIPIO DE VALLEDUPAR Realizar doce (12) encuentros comunitarios dirigido a padres de familia y cuidadores, para fortalecer las pautas de buen trato en la familia y el dialogo con los jóvenes y adolescentes sobre sexualidad responsable y autocuidado, con enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos, valores y proyecto de vida.
OBJETIVO:	Generar un (1) informe técnico y estadístico de gestión sobre la estrategia "CUIDA TU SEXUALIDAD" que incluya objetivos, situación actual y su análisis, indicadores de gestión, contenido (acciones de gestión de la salud pública y acciones PIC), proceso de implementación y difusión.
POBLACIÓN OBJETIVO:	Padres de familia y/o cuidadores – estudiantes del IE UPAR

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 06:30 AM del dia 23 de AGOSTO del año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, en la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, previa reunión de concertación con el rector de la IE, se desarrolló la actividad denominada Encuentro comunitario, con el acompañamiento de Gloria García Romero, Docente Orientadora IE, buscando dar cumplimiento al objetivo planteado desde la sectorial salud del municipio: Generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.

La docente orientadora, Gloria García, hace la instalación del evento, iniciando con la bienvenida y agradecimientos a los padres de familia y cuidadores asistentes (Se realiza oración para dar gracias a DIOS por todo por parte de una madre de familia).

Liliana Aguilar, da las gracias a los asistentes e inicia mencionando el tema y el objetivo principal por el cual fueron convocando, dejando claridad de las entidades que realizan el encuentro.

Lina Parra, Profesional de Psicología, encargada de desarrollar la temática e inicia el desarrollo de la temática con la siguiente información:

Objetivo: Fortalecer las relaciones DE PADRES E HIJOS, a partir del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, el disfrute pleno de la sexualidad, la ausencia de violencia, coacción o abuso, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, el dialogo y buen trato en el entorno familiar

Dando cumplimiento a la metodología propuesta desde HEAD y aprobada por la líder de la dimensión en la sectorial, se inició con una dinámica de reflexión, entorno a las vivencias personales de cada asistente sobre la educación que recibió en su adolescencia sobre salud sexual y reproductiva, en los diferentes entornos: familiar, comunitario o educativo, dicha dinámica recibe el nombre de STOP SEXUALIDAD, y consistió en que cada asistente, teniendo en cuenta la letra inicial de sus nombres y apellidos, describirían con una palabra o una frase, cómo fue su educación sexual, algún tabú, qué nunca harían, cómo les gustaría que fuera la educación sexual hoy en día; se les indica que sus respuestas estarán desde sus experiencias, vivencias y conocimientos adquiridos respecto al tema (Estudiantes y Padres de familia y/o cuidadores), el tiempo de la actividad fue de 6 minutos para

el diligenciamiento.

Terminado el tiempo, se abrió un espacio para la socialización ante los asistentes, como también para que compartieran sus opiniones y pensamientos con respecto a la actividad. A continuación se muestra la estructura utilizada:

ALCALDIA DE VALLEDUPAR - SECRETARÍA LOCAL DE SALUD	
E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -DIMENSION SEXUALIDAD - DSDR	
ENCUENTRO COMUNITARIO	

STOP SEXUALIDAD			
Cómo fue su educación sexual	Algo tabú	Yo nunca...	Cómo le gustaría que fuera la educación sexual

Algunas de las respuestas de los asistentes fueron las siguientes (Cabe resaltar que todos realizaron la actividad):

- **Como fue su educación sexual**: Mi educación sexual fue regular pero directa
- **Al tabú:** A mi me decían que uno con el periodo no se podían bañar en la piscina.
- **Yo nunca:** Yo nunca tuve relaciones que ninguno de mis novios, solo con mi esposo
- **Como les gustaría que fuera la educación sexual:** Buena, que los niños recibieran mas charlas tanto en el colegio como en casa para así evitar embarazos adolescentes

Se continúa el encuentro con la revisión de algunos casos hipotéticos, describiendo situaciones que ocurren en la cotidianidad de la familia, en busca de obtener por parte del padre o cuidador, la manera en que usualmente realiza el abordaje, con especial énfasis en el lenguaje que utiliza, dado que, como seres humanos tendemos a señalar al otro y hacerlo sentir culpable por los eventos que ocurren a nuestro alrededor y nos causan malestar o tienen alguna repercusión en nuestras emociones, luego de haber escuchado la intervención, se orienta al participante a la reflexión entorno a los mensajes del "yo", que plantean un ajuste del lenguaje a la hora de abordar situaciones en casa o en cualquier entorno, que mayormente dé cuenta de cómo me siento "yo" frente a lo ocurrido, es así como se describen tres momentos importantes a seguir:

1. Describir la situación:

Hijo, habíamos concertado que (…hablar de lo que se había pactado….) y encuentro que no fue así

2. Cómo me siento cuando haces algo:

Esa situación hace que "yo" sienta mucha tristeza, preocupación, soledad, burla, desolación, entre otras emociones… etc….

3. Proponer alternativas:

para evitar que vuelva a pasar lo ocurrido, te propongo que hagamos un cambio (... propuesta del padre o cuidador…) y quisiera escuchar qué opinas tú al respecto, o si haces otra propuesta para llegar a un acuerdo, para no volverme a sentir así.

Como es evidente, con el uso de esta técnica, en ningún momento se hace señalamientos a la otra persona, solamente se habla de cómo me siento "yo" y qué propongo "yo". Lo que pretende es, no generar controversia o reacciones defensivas por parte del "otro" al no sentirse señalado, sino una invitación al apoyo y a la integración en armonía, lo que redundará, sin duda, en el beneficio de cada uno de los miembros de la familia. A continuación se muestran

los casos hipotéticos abordados

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR 2020 - 2023	ALCALDIA DE VALLEDUPAR - SECRETARIA LOCAL DE SALUD E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -DIMENSION SEXUALIDAD - DSDR ENCUENTRO COMUNITARIO

CASOS EN EL HOGAR: Como lo hablaria con su hijo?			
Caso 1.	**Caso 2.**	**Caso 3.**	**Caso 4.**
Al hijo o hija adolescente le corresponde lavar los platos de la cena, sin embargo no, realiza la actividad, se distrae con los amigos	Al hijo o hija adolescente le corresponde sacar la basura en el horario que pasa por el vecindario; sin embargo no, realiza la actividad, pasa a las 6:30 am y no se ha levantado	El hijo o hija adolescente pierde algunas materias del colegio... Dedica una buena cantidad de tiempo a pantallas. (celular, televisor)	Al hijo o hija adolescente se le ha llamado la atención por una situación en la que es necesario cambie de actitud, el levanta la voz cuando se le llama la atención por algún motivo

Es de resaltar que, en este momento del encuentro, Voluntariamente 4 madres participaron (Brenda, Liliana, Rosmira y Carmen) describieron de forma clara, su perspectiva y pensamientos frente a cada una de las situaciones , algunas mencionaron que la forma de crianza rigida ayuda a los hijos para que cumplan con las ordenes que le dan los padres, y las otras mencionaron que la mejor manera de expresarle las situaciones a los hijos es por medio del dialogo para que recepción de la manera mas adecuada.

Con base en lo anterior, se continúa mencionando la importancia de las relaciones interpersonales y el buen trato en el hogar, dado que, como se planteó, de esta manera se logra fortalecer la interacción entre los seres humanos en diferentes entornos, familia, escuela, trabajo, comunidad. Es decir, la familia es ese ambiente más próximo al ser humano que viene a ser un factor protector, si genera bienestar, si forma en amor, si ese amor logra trascender los límites del "yo" y favorece que me ame y me acepte tal como soy, sin buscar aprobación de externos, cimenta en el ser lo que se denomina, autoestima, misma que se define como, la valoración o actitud que tenemos hacia nosotros/as mismos/as; quererse, respetarse, amarse a uno/a mismo/a y reconocer nuestros talentos y cualidades, se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias por las que pasamos y hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Al respecto, se compartieron las siguientes recomendaciones

- Dedícale tiempo a las personas que te hacen sentir bien: tus amigos/as y familia.
- Aléjate de las personas que te hieren o son una influencia negativa en tu vida.
- Ser auténtico/a, no imitar a nadie
- No buscar la aprobación de los demás.
- No exigirse demasiado.
- Darse permisos. No pasa nada si tengo un mal dia, no pasa nada si tengo pocas ganas de hablar

Se hizo claridad sobre la importancia de la familia y su entorno, en la estructura del ser, la gran influencia que tienen en el autoestima y fortalecimiento de las relaciones interpersonales, máxime si se reconoce que, actualmente están influenciadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación, lo que las ha globalizado y a la vez las ha propiciado el distanciamiento social y, en este sentido la familia constituye una base sólida sobre la cual se construye la estructura del ser. Sin embargo, también se reconoce que no hay una escuela de formación para la familia, esta se va construyendo en el trasegar de la vida como un sistema abierto que recibe y entrega elementos en retroalimentación permanente con la sociedad, al respecto se comparte el siguiente mensaje:



Intervino la Dra Estefany, quien les habló de la importancia de las relaciones interpersonales en el hogar y además de dar pautas a los padres para la buena crianza de los hijos.

Seguidamente se compartió con los asistentes información sobre el proyecto de vida y se definió como el plan que se propone desarrollar todo individuo en su vida durante cada etapa que va atravesando, por lo general, se va construyendo desde muy niño, cuando se va identificando con algún arte, un deporte o una afición. Se hizo especial énfasis en la importancia de recibir apoyo y estimulación por parte de la familia, lo cual es indispensable para consolidar ese plan que se ha propuesto, sin embargo, también se dejó claro que, la persona misma es quien más debe aportar en la consecución de la meta propuesta y que no siempre va a ser posible llegar sin encontrar algún desafio que superar, por eso en indispensable creer en si mismo para no permitir que ninguna circunstancia represente obstáculo, perseverar y avanzar con los ojos puestos en la meta.

En este momento se realizó una dinámica para ampliar este concepto, consistió en invitar a los asistentes a cerrar los ojos e imaginarse transcurridos 5 años más adelante en la vida y se planteó que se respondieran la pregunta…¿Dónde se visualiza? … Participo1 estudiante , quien manifiesta que se visualiza como chef.

En consonancia con lo anterior, se resaltó que, las relaciones interpersonales deben estar mediadas por el respeto, la aceptación y valoración del otro, en dignidad, equidad y justicia; favoreciendo el ejercicio de los derechos, tanto a manera personal como también permitiendo que los demás tengan un ejercicio de éstos según su cosmovisión, comprendiendo que los actos de los demás deben ser respetados, siempre y cuando no atropellen o pongan en desventaja a nadie. En este sentido, se requiere comprender que la diversidad en la dimensión de la sexualidad es una realidad que debemos afrontar con tolerancia, dado que existen unos DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, mediante los cuales el estado colombiano busca garantizarlos.

Se aterriza el desarrollo de la socialización al tema principal los derechos sexuales y reproductivos: Es indispensable que todos conozcamos los DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DSDR, para poder reflexionar sobre cómo estamos ejerciéndolos, cuáles hemos disfrutado y cuáles no, comprender que estos deben ser garantizados en todas las instituciones y por la sociedad en general, incluidos nosotros, que no debemos ser piedra de tropiezo, para que los demás miembros de la familia y la comunidad en general puedan tener un ejercicio pleno de ellos. Estaremos sensibles ante las realidades diversas que enfrentamos como sociedad y seremos capaces de tener aceptación por las decisiones de los demás en el marco del ejercicio de los DSDR.

Se hace lectura y explicación de cada uno de los DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, despejando las dudas que surgieron en los asistentes. DSDR



finalizada la revisión de los derechos, se indica la importancia de su ejercicio y garantía para evitar la aparición de embarazos a temprana edad, se comparte mensaje plasmado en la siguiente imagen, y adicionalmente se pide que de manera colectiva , repitan al unísono en voz alta en el recinto:



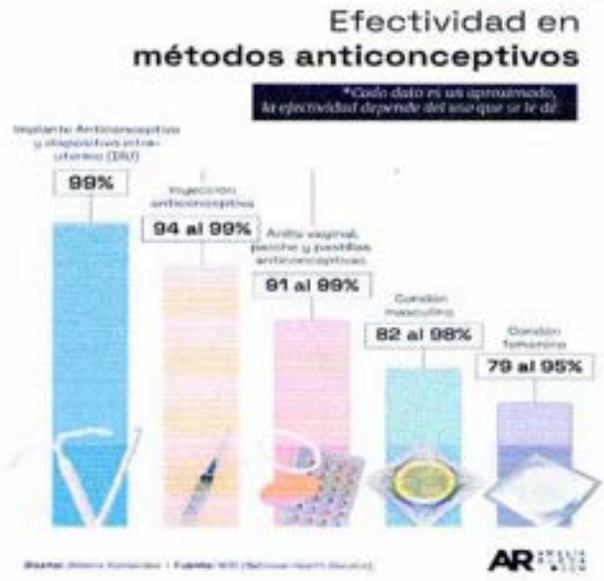
Posteriormente se menciona que, desde la adolescencia el ser humano presenta cambios psicológicos, físicos y sociales, entre otros y que, a partir del conocimiento mediado a través del diálogo en los diferentes entornos: Familia, Escuela y comunidad se puede generar un comportamiento enmarcado en el autocuidado y la responsabilidad y evitar que se siga presentando esta situación que influye en el desarrollo socioeconómico de los pueblos.



En consonancia con lo anterior, se informa a los asistentes sobre el derecho a recibir información de calidad y, en este sentido, se indicó que existe la consulta de orientación en anticoncepción o planificación familiar: por medio de la cual un profesional de medicina o enfermería orienta acerca del uso de métodos anticonceptivos; de esa forma

el o la adolescente, o cualquier miembro de la comunidad, puede elegir el método más adecuado a sus necesidades, de acuerdo a los criterios de elegibilidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud.





Se borda además la importancia de la prevención de las inyecciones de transmisión sexual, se mencionan algunas y se hace énfasis en el uso del preservativo como método de prevención.

¿Qué son la infecciones de trasmisión sexual ITS ?

Son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual(vaginal, oral o anal). A veces se pueden transmitir a través de otro contacto físico íntimo de piel a piel como el herpes y el Virus del Papiloma Humano.

Las principales son:

- Clamidia
- Herpes genital
- Gonorrea
- VIH y sida
- Virus del Papiloma Humano
- Sífilis
- Tricomoniasis



¿Cuáles son la los síntomas de las infecciones de transmisión sexual?

- Secreción inusual por el pene o la vagina
- Llagas o verrugas en el área genital
- Orina frecuente o dolorosa
- Picazón y enrojecimiento en el área genital
- Ampollas o llagas en o alrededor de la boca
- Olor vaginal anormal
- Picazón, dolor o sangrado anal
- Dolor abdominal
- Fiebre

En algunos casos pueden presentarse sin síntomas



¿Cómo se previenen las infecciones de transmisión sexual?

Con el uso del preservativo o condón





Finalmente se realiza la actividad de cierre, denominada: STOP FAMILIAR, la cual consistió en que las madres, padres, cuidadores e hijos asistentes, deberían responder unas preguntas plasmadas en un formato, con la

particularidad de que las respuestas dadas por la madre o el padre debes ser de la información del o la hijo(a) y viceversa, posteriormente se invitó a una pareja a compartir lo plasmado en el formato. El objetivo de esta dinámica fue identificar el grado de compenetración que existe entre padres e hijos en la cotidianidad familiar. La estructura del Stop es la siguiente:

STOP FAMILIAR								
Nombre completo	Cómo le dicen de cariño	Quién es su mejor amigo	Fecha de cumpleaños	Cuál es su comidad favorita	Qué le hace feliz	Qué le entristece	Cuál es su actividad favorita	Cuál es su comida favorita

Participaron 2 parejas de familias voluntarias (Madre e hijo) (Padre e hijo), algunos acertaron en unos ítems y otros fueron errados, se les indico la importancia de conocer a todos los integrantes del hogar ya que de esa manera pueden entender, comprender en el momento que estén pasando por situaciones que generen alegría, tristeza, entre otros sentimientos entre los integrantes de la familia

Fue una actividad que genero agrado y mucho bienestar en cada uno de los asistentes, de esta manera manifestaron lo importante de estos espacios educativos, asistieron 81 asistentes entre estudiantes y padres de familia y/o cuidadores.

POBLACIÓN IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	OTROS
HOMBRE	0	0	21	1	10	0	2	1	0	26	2	0	0	27	18	0	0	0	8
MUJER	0	0	15	3	52	1	5	4	0	65	13	0	0	61	57	0	1	1	20
LGBTIQ+	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	38	4	62	1	7	5	0	93	15	0	0	90	75	0	1	1	28

INSTITUCION EDUCATIVA UPAR

FECHA 23/08/2024 HORA INICIO 6:30 AM

HORA FINAL 8:30 AM

ENCUENTRO COMUNITARIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS COMUNAS 4 Y 5 MUNICIPIO DE VALLEDUPAR



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD





COMPROMISOS

Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
Realizar acta de la sesión	EQUIPO PIC- 2024	Fechas concertadas en reuniones con equipo PIC

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ___ CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Evento conmemorando el D.E de municipio de valledupar

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 23/08/2024

LUGAR: Colegio Oper

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO (1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+)	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Juan Ospina	1067615319	1	3	4	4	1	3116656319	Madre	Juan Ospina
2	Salomé Villa Orón	1099473291	2	3	4	4	1	3135474248	Madre	Salomé Villa
3	Mauro Bolaños	———	1	3	4	4	1	3103141405	Padre	Mauro Bolaños
4	Valentina Alvarado	1067614763	3	3	4	4	1	3008107861	Tia	Valentina
5	Liceth Carolina	———	2	3	4	4	1	3022818751	Madre	Liceth villanueva
6	Sharick Nicole Pacheco Calle	———	2	3	4	4	1	314 755 4028	Madre	Sharick Pacheco
7	Patricia Corey Ucros	1067621845	2	3	4	4	1	3117343845	Madre	Patricia Ucros
8	Jeimyne Silva	1067607708	1	3	4	4	1	3136[illegible]	Madre	Jeimyne Silva
9	Isabella Alferez	1065663397	2	3	4	4	1	3045657491	Padre	Isabella Alferez
10	Mariangel Mendoza C	1067618963	2	3	4	4	1	3014944583	Madre	Mariangel Mendoza
11	Joyce Mendoza	49722392	2	5	4	4	1	3184900879	Madre	Joyce Mendoza
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ___ CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitarios en I.E del municipio de Valledupar

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 23/08/2024

LUGAR: Colegio Upar

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO (1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+)	EDAD: (1. PRIMERA INFANCIA (7 dias hasta 6 años 11 meses 29 dias 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 dias) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 dias) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 dias) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 dias) 6. VEJEZ (60 años en adelante))	ETNIAS: (1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: (1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: (1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Iceth Montaño	1065582998	2	5	2	4	1	3016396944	Acudiente	
2	Yasmin Shirley Florez	49.770.771	2	5	4	4	1	3116679943	Acudiente	Yasmin S. Florez
3	Yesle martinez C.	26.946413	2	3	4	4	1	3045933130	Acudiente	Yesle martinez
4	Jeifer Hernandez M.	1065663570	1	3.	4	4	1	3045958130	Estudiantes	Jeifer Hernandez
5	Yulay Lora M	49786648	2	5	4	4	1	3024703355	Acudiente	Yulay Lora
6	Lorenth Gonzalez	1065661232	2	3	4	4	1		Estudiante	
7	Milena Llamas Herrera	49174683	2	5	2	4	1	3106487889	Ama de casa	Milena Llamas Her
8	Yoleidis Mangones	1065986463	2	5	4	4	1	3126072213	Acudiente	Yoleidis
9	Daniela Michell Torres	1013043822	2	3	4	4	1	3104468000	Estudiante	Daniela Torres
10	Matias Bermudez	1065654186	1	3	4	4	1		Estudiante	
11	Zuber Vaca	1092539311	2	3	1	1	1	3165387453	estudiante	Zubdsafia Vaca
12	Henrica Alexandra	1067613	3	3	4	4	1	3226307	estudiante	
13	Liseth Carolina Villalba		2	3	4	4	1	3023218791	Estudiante	Liseth
14	Maria Alejandra C.	1061329	2	3	4	4	1	3046024092	acudiente	Maria Alejandra C.
15	Mariangel Carrillo	1066981824	2	3	2	1	1	3114139992	Padre	Mariangel C.
16	Josue David Moreno		1	3	4	4	1	3216499766	Estudiante	Josue D M
17	Luis José Martínez Orellana		1	3	4	4	1	3012404389	Estudiante	Luis J. M
18	Maria alejandra Gamez		2	3	4	4	1		Estudiante	Maria alejandra
19	Ana Marcela Gamez	1061654	2	3	4	4	1	3054737790	estudiante	Ana Marcela
20	Anci Rosa Rodriguez	1067618485	2	3	4	4	1	3214329205	estudiante	Anci Rodriguez

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Encuentro Comunitario

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario en I.E del municipio de Valledupar FECHA: 23-08-2024

LUGAR: Colegio Upar RESPONSABLE: P. F-C

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Brenda Enjuncho Guette	1084011156	2	5	4	4	1	3234167394	Ama de Casa	
2	Liliana Pérez Ruiz	1065573226	2	38	4	4	1	3136253586	Ama de casa	Liliana Pérez
3	John Alfonso Jiménez	7770220	1	5	4	4	1	3053369579	Independiente	
4	Yelvis Montero	49780297	2	3	2	2	1	3157327	Ama de casa	Yelvis Montero
5	Rosmira Vasquez	49765438	2	5	4	1	1	3222307 11	amadecasa	
6	Carmen Guillo	57105249	2	5	4	1	1	3167647015	Ama casa	Carmen Guillo
7	Yadith Orellano Gomez	1065572577	2	5	4	4	1	3042609396	Ama de casa	Yadith
8	Liliana Lopez	1063547547	2	5	4	4	6	3046247474	Ama casa	Liliana Lopez
9	Erika Silgado Ruiz	1065607774	2	4	4	4	—	3146828391	Estudiante	Erika Silgado
10	Lupa Silgado Barrero	1065618310	2	3	4	4	—	3137529378	estudiante	Luna Otero
11	Milena y menor en	3116656519	2	4	4	4	—	3114685979	Ama de casa	Milena y menor
12	Carlos Guillo Montenegro	7719767	1	5	2	1	1	3114139792	Independiente	Carlos Guillo
13	Maria Andreina Perez	69408847	2	5	4	1	1	3026211691	Ama de casa	Maria Perez
14	Yeiner Pareja Hernandez	1065640272	1	5	4	4	1	3004247881	Asesor ventas	Yeiner Pareja

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

CRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARROYO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: EC

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario en I.E del municipio de valledupar.

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 23/08/2024

LUGAR: Colegio Upar

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO (1. HOMBRE, 2. MUJER, 3. LGBTIQ+)	EDAD: (1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 4 años 11 meses 29 días, 2. INFANCIA (5 años hasta 11 años 11 meses 29 días), 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días), 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días), 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días), 6. VEJEZ (60 años en adelante))	ETNIAS: (1. NAO, 2. INDIGENA, 3. ROM, 4. OTROS)	VICTIMA: (1. DESPLAZADO, 2. DESMOVILIZADO, 3. MIGRANTE, 4. OTROS)	CONDICIONES: (1. CABEZA DE FAMILIA, 2. PCD, 3. CUIDADOR PCD, 4. LACTANTE, 5. GESTANTE)	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Xhirley paola ochoa florez	1.067616432	2	3	4	4	—	3116679943	Estudiante	Xhirley paola o.
2	Jalith M. pabón montaño	———	2	3	4	4	—	3028597826	Estudiante	Jalith M Pabón Montaño
3	Oscar David Lubo M.	3066881918	1	3	4	4	—	3155270273	Estudiante	Oscar David Lubo M.
4	Dominic Jose sanchez	706761782	1	3	4	4	—	3234167384	Estudiante	Dominic Jose sanchez
5	Shakira Nieto Hang	1063954914	2	3	4	4	—	3126072213	Estudiante	
6	Samuel Jse Mex	———	1	3	4	4	—	(605)x	Estudiante	Samuel Mex
7	Shirlethalena	1066839939	2	3	4	4	—	3127375824	Estudiante	
8	José Alejandro	1066881924	1	3	4	4	—	3157375924	Estudiante	José Alejandro D.
9	Maria Juliana D.R	1.———	2	3	4	4	—	3046	Estudiante	Juliana Rente
10	Juan sebastian A.A	———	1	3	4	4	—	305 33 68 357	Estudiante	
11	Evelyn Carolina	1.065376	2	3	4	4	—	302 285	Estudiante	
12	Sandra Angulo R	1065620322	2	5.	4	4	1	302 285 3138	Amadecasa	Sandra A.
13	Karina Ahumada	44192319	2	5	4	4	1	3216796867	Ama de casa	Karina Ahumada
14	Daniel Camilo Lubo	1043008765	1	3	4	4	—	3113791334	Estudiante	Daniel Lubo
15	Keylis Peraza Venegas	52888711	2	5	4	4	1	3148050840	Ama de casa	Keylis Peraza
16	Ricardo Andres Rosado	1.067614820	1	3	4	4	—	3023980483	Estudiante	Ricardo Rosado
17	Natalia Santiago Lup	1067.617.224	2	3	4	4	—	3046910434	Estudiante	Natalia Santiago
18	Marcel Eliecer Herrera	———	1	3	4	4	—		Estudiante	Manuel Herrera
19	Moises Dominguez	3238418088	1	3	4	4	—		Estudiante	Moises Dominguez
20	Gabriela Lopez E.	———	2	3	4	4	—	3228012657	Estudiante	Gabriela Lopez E.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

"CRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ERASMO MEDARDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario en I.E del municipio de Valledupar.

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 23/08/2024

LUGAR: Colegio Upar

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO (1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+)	EDAD: (1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante))	ETNIAS: (1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS)	VICTIMA: (1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS)	CONDICIONES: (1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE)	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	José David Lobo Carrillo	1.126.665.626	1	5	4	4	1	3008447582	Independiente	
2	Thomas Jose Sanchez Daza	—	1	3	4	4	—	3008446362	Estudiante	
3	Luzelena Holguin	49777410	2	5	4	4	1	3012152214	ama de casa	Luzelena H.
4	Andres R Hurtado H	—	1	3	4	4	—	3012152214	Estudiante	Andres H.
5	Breiner Maestre	1066888383	1	3	4	4	—	3117343168	estudiante	Breiner M.
6	Felio Maestre	4975888	2	6	2	1	1	3117343168	ama de casa	Felio Maestre
7	Orlando Gomez H	12644524	1	4	4	4	1	3006939565	padres.	Orlando
8	Luciana Garcia R	1066654327	2	3	4	4	2	3006939565	Estudiante	Luciana G
9	Michel Londoño	—	2	3	4	1	1	3703857841	Estudiante	Michel L.
10	Maria caballero	1.067.606.976	2	5	4	1	1	3203257841	Acudiente.	Maria C.
11	JOHANA LUGO NIEVES	1.067.594.065	2	5	4	4	1	3046810484	Padre-Acudiente	Johana L.
12	Natalia Santiago	1.067.617.224	2	3	4	4	—	3046810484	Alumno	Natalia S.
13	Yuri Isabel Barrios E.	49721308	2	5.	4	4	1	3023980843	Acudiente.	Yuri
14	Isabella Pacheco	49767498	2	5	4	1	—	3176892483	Isabella	Isabella.
15	Elizabeth Esquivel P.	49.770.376	2	44	4	4	1	3228012657	Madre	Elizabeth
16	Kenys Arévalo M.	1065629176	2	5	4	4	1	3234196558	Madre	Kenys Ar.
17	Pedro Roca Arévalo	1065644056	1	3	4	4	—	3234196558	Estudiante	Pedro Roca
18	Jader H. Berkeley C.	7.570.278	1	5	4	4	1	3045239064	Padre	Jader Berkeley
19	Alexandre Berkeley	—	1	3	4	4	—	3045239064	Estudiante	Alexandre Berkeley
20	Valeria Sofia Esquivel	—	2	3	4	4	—	3145211628	Estudiante	Valeria Esquivel

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"...CRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
...N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ___ CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario de I.E del municipio de valledupar

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 23/08/2024

LUGAR: Colegio IDPVR

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Haolis Pacheco	1065568446	2	5	2	1	1	3127255574	Ama de casa	
2	Jose Luis Molina	12645017	1	5	4	4	1	3008381953	COMERCIANTE	
3	Bibiana Cotes	49720831	2	5	4	4	1	3004953370	Empleada	
4	Smith Salgado	1065582126	2	5	1	4	1	3034141406	Ama de casa	
5	Kapsi Rosado Jimenez	1065647473	2	5	4	1	1	3204831333	Empleada	
6	Marina Gomez	32823597	2	58	4	4	1	3004588896	ama de casa	
7	Pina Gomez	49762574	2	5	4	4	1	3016783746	Ama casa	
8	Carlos Lobo	1065640880	1	5	1	4	1	3147744498	Empleado	
9	Milena Dominguez	49698343	2	5	4	1	1	3017270615	Ama de casa	
10	Maricely Pina	36677363	2	5	4	4	1	3156542177	Hogar	
11	Lucia velez	49608745	2	5	4	4	1	3105223411	ama de casa	
12	Ligia Carrillo	22517593	2	4	4	4	4	3165387953	comerciante	
13	Alix L. Lopez	49716299	2	5	4	1	1	3024918359	Independiente	
14	Mono Aguilar P.	15174645	1	5	1	4	1	3006884289	independiente	
15	Jairo Eskue	77029680	1	5	4	4	1	3104694065	COMERCIANTE	
16	Edelis Olivera Torres	49772016	2	5	4	4	1	3217439766	Ama de casa	
17	Alvaro J. Torres Perez	1.073.168.313	1	5	4	1	1	310 202 8306	ELECTRICISTA	
18	Karen Dorian Pedroza	1065560068	2	5	4	4	1	3035474248	INDEPENDIENTE	
19	Luzdary Maria G.	1065571857	2	5	4	4	1	3022799355	Comerciante	
20	Yudis Orozco	1065641881	2	5	4	4	1	3043278280	ama de casa	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024									
LUGAR:	HEAD SAN JOAQUIN		**FECHA**	13/8/2024		**HORAINICIO**	10:00 a.m.			
						HORAFINAL	11:00 a.m.			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**					
TEMA:	Concertación implementación de ficha "ENCUENTRO COMUNITARIO"									
OBJETIVO:	Concertar el desarrollo de las actividades correspondientes a la dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar, vigencia 2024, en lo relacionado con el desarrollo de la estrategia "ENCUENTRO COMUNITARIO"									
POBLACIÓN OBJETIVO:	Docente coordinador									

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En aras de Se establece contacto con el coordinador de la IE Alfonso López Pumarejo, Alfredo Lafaurie, con el ánimo de concertar un evento denominado **ENCUENTRO COMUNITARIO,** donde se integran padres e hijos de la comunidad educativa de esa institución, mismo que busca generar integración familiar entorno a la educación en salud sexual y reproductiva y a desmitificar algunas creencias arraigadas en el imaginario colectivo sobre esta temática. Se hace claridad de que se trata de una única sesión en la IE, que deben contar con la participación de padres y estudiantes, se había propuesto inicialmente la fecha 26 de agosto en documento enviado al rector de la institución, sin embargo, por temas logísticos y de organización, fue solicitado cambiarla para el 29 de agosto en horario de 2:00 a 4:00 pm, a lo cual se accede desde la E.S.E. y se concerta la mencionada fecha, para el desarrollo de la actividad.

El docente manifiesta que para el evento se invitarán los padres de grado séptimo, que asciende a un numero de 100 estudiantes, sin embargo, comenta que habitualmente se tiene una asistencia de aproximadamente el 60% de los padres, en este sentido, se estima que se contará con 160 asistentes entre padres y estudiantes, adicionalmente manifiesta que la capacidad instalada de la institución cuenta con la infraestructura y los medios audiovisuales necesarios para el desarrollo de la actividad. Así las cosas, por parte del hospital se recibe la información y se socializará con el área de logística, se concreta entonces que se trata de aproximadamente 160 personas las que asistirán, incluyendo padres e hijos, ratificando que se trata de impactar positivamente el fortalecimiento de habilidades personales en los estudiantes que les permita tomar decisiones informadas en esta dimensión de su salud y se manifiesta por parte de la referente de HEAD, que se levantará acta de esta concertación para la firma por parte de los participantes

Finalizada la concertación siendo las 11:00 am de la mañana se da por finalizada la actividad de socialización y concertación, se pactan algunos compromisos descritos a seguir:

COMPROMISOS			
N°	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar el acta de la reunión	HEAD	13/8/2024
2.	Socializar acta con SLS	HEAD	13/8/2024
3.	Elaboración de banner publicitario	HEAD	13/8/2024
4.	Aportar espacio físico y apoyo tecnológico televisor proyector para el desarrollo del evento	Coordinador	29/8/2024
5.	Convocar comunidad educativa sujeto de intervención en el evento	Coordinador	29/8/2024
6.			

ASISTENTES			
NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN	FIRMA
Liliana Aguilar Caro	Enfermera Head	HEAD	
Alfredo Lafaurie	Coordinador	I.E. Alfonso López	

ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTODEL ACTA	Firma:	
	Nombre:	Liliana Margarita Aguilar Caro

	NOMBRE	Número de Cédula	Firma
VALIDADORES DEL ACTA	Alfredo Lafaurie V.	84.101332	

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETRARIA LOCAL DE SALUD** **E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PIC 2024								
LUGAR:	INSTITUCION EDUCATIVA ALFONSO LOPEZ PUMAREJO		**FECHA**	29/08/2024		**HORA INICIO**	2:00 PM		
						HORA FINAL	4:00 PM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cuál:**	ENCUENTRO COMUNITARIO			
TEMA:	SEXTO (6) encuentro comunitario dirigido a padres de familia y cuidadores, para fortalecer las pautas de buen trato en la familia y el dialogo con los jóvenes y adolescentes sobre sexualidad responsable y autocuidado, con enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos, valores y proyecto de vida.								
OBJETIVO:	Generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.								
POBLACIÓN OBJETIVO:	Padres de familia y/o cuidadores – estudiantes del IE ALFONSO LOPEZ PUMAREJO								

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 02:00 PM del día 29 de AGOSTO del año 2024, en el marco del Plan de intervenciones colectivas P.I.C, en la DIMENSIÓN SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, previa reunión de concertación con el coordinador de la IE, se desarrolló la actividad denominada Encuentro comunitario, con el acompañamiento de Alfredo Lafaurie- Coordinador , buscando dar cumplimiento al objetivo planteado desde la sectorial salud del municipio: Generar espacios que posibiliten la participación, expresiones de afecto, toma de decisiones, entre los/las adolescentes, jóvenes y padres de familia reconociendo la influencia en la salud sexual y reproductiva, el desarrollo de un proyecto de vida y buen trato en el entorno familiar.

La docente orientadora, Alfredo Lafaurie , hace la instalación del evento, iniciando con la bienvenida y agradecimientos a los padres de familia y cuidadores asistentes

Liliana Aguilar, da las gracias a los asistentes e inicia mencionando el tema y el objetivo principal por el cual fueron convocando, mencionando las entidades que convocaron el encuentro.

ina Parra, Psicóloga encargada de la actividad, inicia (Se realiza oración para dar gracias a DIOS por todo por t:studiante de Pregrado , Psicologia, Fundación universitaria del Área Andina), dejando claridad nuevamente de las entidades que realizan el encuentro e inicia el desarrollo de la temática con la siguiente información:

Objetivo: Fortalecer las relaciones DE PADRES E HIJOS, a partir del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, el disfrute pleno de la sexualidad, la ausencia de violencia, coacción o abuso, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, el dialogo y buen trato en el entorno familiar

Dando cumplimiento a la metodología propuesta desde HEAD y aprobada por la líder de la dimensión en la sectorial, se inició con una dinámica de reflexión, entorno a las vivencias personales de cada asistente sobre la educación que recibió en su adolescencia sobre salud sexual y reproductiva, en los diferentes entornos: familiar, comunitario o educativo, dicha dinámica recibe el nombre de STOP SEXUALIDAD, y consistió en que cada asistente, teniendo en cuenta la letra inicial de sus nombres y apellidos, describirían con una palabra o una frase, cómo fue su educación sexual, algún tabú, qué nunca harían, cómo les gustaría que fuera la educación sexual hoy en día; se les indica que sus respuestas estarán desde sus experiencias, vivencias y conocimientos adquiridos respecto al tema (Estudiantes y Padres de familia y/o cuidadores), el tiempo de la actividad fue de 6 minutos para el diligenciamiento.

Terminado el tiempo, se abrió un espacio para la socialización ante los asistentes, como también para que compartieran sus opiniones y pensamientos con respecto a la actividad. A continuación se muestra la estructura utilizada:

ALCALDIA DE VALLEDUPAR - SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -DIMENSION SEXUALIDAD - DSDR
ENCUENTRO COMUNITARIO

STOP SEXUALIDAD			
Cómo fue su educación sexual	Algo tabú	Yo nunca....	Cómo le gustaría que fuera la educación sexual

Algunas de las respuestas de los asistentes fueron las siguientes (Cabe resaltar que todos realizaron la actividad):

- **Cómo fue su educación sexua**l: Lúgubre, no me explicaron nada con relación al del tema, aprendí con las situaciones y las experiencias.
- **Algo tabú**: No tomar limón cuando tuviera el ciclo menstrual porque se suspendía.
- **Yo nunca**: Yo nunca estaría con alguien de mi mismo sexo.
- **Cómo les gustaría que fuera la educación sexual:** Mas abierta , así como la estamos viviendo para prevenir embarazos no deseados en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual.

Se continúa el encuentro con la revisión de algunos casos hipotéticos, describiendo situaciones que ocurren en la cotidianidad de la familia, en busca de obtener por parte del padre o cuidador, la manera en que usualmente realiza el abordaje, con especial énfasis en el lenguaje que utiliza, dado que, como seres humanos tendemos a señalar al otro y hacerlo sentir culpable por los eventos que ocurren a nuestro alrededor y nos causan malestar o tienen alguna repercusión en nuestras emociones, luego de haber escuchado la intervención, se orienta al participante a la reflexión entorno a los mensajes del "yo", que plantean un ajuste del lenguaje a la hora de abordar situaciones en casa o en cualquier entorno, que mayormente dé cuenta de cómo me siento "yo" frente a lo ocurrido, es así como se describen tres momentos importantes a seguir:

1. Describir la situación:

Hijo, habíamos concertado que (…hablar de lo que se había pactado….) y encuentro que no fue así

2. Cómo me siento cuando haces algo:

Esa situación hace que "yo" sienta mucha tristeza, preocupación, soledad, burla, desolación, entre otras emociones… etc….

3. Proponer alternativas:

para evitar que vuelva a pasar lo ocurrido, te propongo que hagamos un cambio (... propuesta del padre o cuidador…) y quisiera escuchar qué opinas tú al respecto, o si haces otra propuesta para llegar a un acuerdo, para no volverme a sentir así.

Como es evidente, con el uso de esta técnica, en ningún momento se hace señalamientos a la otra persona, solamente se habla de cómo me siento "yo" y qué propongo "yo". Lo que pretende es, no generar controversia o reacciones defensivas por parte del "otro" al no sentirse señalado, sino una invitación al apoyo y a la integración en armonía, lo que redundará, sin duda, en el beneficio de cada uno de los miembros de la familia. A continuación se muestran los casos hipotéticos abordados

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR - SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
	E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -DIMENSION SEXUALIDAD - DSDR
	ENCUENTRO COMUNITARIO

CASOS EN EL HOGAR: Cómo lo hablaría con su hijo?			
Caso 1.	**Caso 2.**	**Caso 3.**	**Caso 4.**
Al hijo o hija adolescente le corresponde lavar los platos de la cena; sin embargo no, realiza la actividad, se disatrae con los amigos.	Al hijo o hija adolescente le corresponde sacar la basura en el horario que pasa por el vecindario; sin embargo no, realiza la actividad, pasa a las 6:30 am y no se ha levantado	El hijo o hija adolescente pierde algunas materias del colegio... Dedica una buena cantidad de tiempo a pantallas: (celular, televisor)	Al hijo o hija adolescente se le ha llamado la atención por una situación en la que es necesario cambie de actitud, el levanta la voz cuando se le llama la atención por algún motivo

Es de resaltar que, en este momento del encuentro, participaron voluntariamente 2 madres y 1 padre (Yurainis, Marinela y Carlos) y describieron de forma clara y participativa (forma amplia), su perspectiva y pensamientos frente a cada una de las situaciones, mencionando que por medio del diálogo resolverán las situaciones, pero si tienen que hablarles fuerte lo hacen , "porque a los hijos hay que hablarles las cosas" como manifestó una de ellas.

Se le dio el espacio a Estudiantes de 9 semestre del programa de Psicología, de la FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, Laura Gómez y Eimis González , quienes realizaron un abordaje sobre el autoestima y proyecto de vida enfocado en los derechos sexuales y derechos reproductivos, aportando desde la academia aportando conceptos y enfoques psicológicos a los asistentes , con el fin de que tengan herramientas que puedan servirles en su día a día,

Con base en lo anterior, se continúa mencionando la importancia de las relaciones interpersonales y el buen trato en el hogar, dado que, como se planteó, de esta manera se logra fortalecer la interacción entre los seres humanos en diferentes entornos, familia, escuela, trabajo, comunidad. Es decir, la familia es ese ambiente más próximo al ser humano que viene a ser un factor protector, si genera bienestar, si forma en amor, si ese amor logra trascender los límites del "yo" y favorece que me ame y me acepte tal como soy, sin buscar aprobación de externos, cimenta en el ser lo que se denomina, autoestima, misma que se define como, la valoración o actitud que tenemos hacia nosotros/as mismos/as; quererse, respetarse, amarse a uno/a mismo/a y reconocer nuestros talentos y cualidades, se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias por las que pasamos y hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Al respecto, se compartieron las siguientes recomendaciones

- Dedícale tiempo a las personas que te hacen sentir bien: tus amigos/as y familia.
- Aléjate de las personas que te hieren o son una influencia negativa en tu vida.
- Ser auténtico/a, no imitar a nadie
- No buscar la aprobación de los demás.
- No exigirse demasiado.
- Darse permisos. No pasa nada si tengo un mal día, no pasa nada si tengo pocas ganas de hablar

Se hizo claridad sobre la importancia de la familia y su entorno, en la estructura del ser, la gran influencia que tienen en el autoestima y fortalecimiento de las relaciones interpersonales, máxime si se reconoce que, actualmente están influenciadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación, lo que las ha globalizado y a la vez las ha propiciado el distanciamiento social y, en este sentido la familia constituye una base sólida sobre la cual se construye la estructura del ser. Sin embargo, también se reconoce que no hay una escuela de formación para la familia, esta se va construyendo en el trasegar de la vida como un sistema abierto que recibe y entrega elementos en retroalimentación permanente con la sociedad, al respecto se comparte el siguiente mensaje:



Seguidamente se compartió con los asistentes información sobre el proyecto de vida y se definió como el plan que se propone desarrollar todo individuo en su vida durante cada etapa que va atravesando, por lo general, se va construyendo desde muy niño, cuando se va identificando con algún arte, un deporte o una afición. Se hizo especial énfasis en la importancia de recibir apoyo y estimulación por parte de la familia, lo cual es indispensable para consolidar ese plan que se ha propuesto, sin embargo, también se dejó claro que, la persona misma es quien más debe aportar en la consecución de la meta propuesta y que no siempre va a ser posible llegar sin encontrar algún desafío que superar, por eso en indispensable creer en sí mismo para no permitir que ninguna circunstancia represente obstáculo, perseverar y avanzar con los ojos puestos en la meta.

En este momento se realizó una dinámica para ampliar este concepto, consistió en invitar a los asistentes a cerrar los ojos e imaginarse transcurridos 5 años más adelante en la vida y se planteó que se respondieran la pregunta…¿Dónde se visualiza? … Participo 1 padre de familia , quien manifestó que se visualiza conviviendo positivamente con su familia.

En consonancia con lo anterior, se resaltó que, las relaciones interpersonales deben estar mediadas por el respeto, la aceptación y valoración del otro, en dignidad, equidad y justicia; favoreciendo el ejercicio de los derechos, tanto a manera personal como también permitiendo que los demás tengan un ejercicio de éstos según su cosmovisión, comprendiendo que los actos de los demás deben ser respetados, siempre y cuando no atropellen o pongan en desventaja a nadie. En este sentido, se requiere comprender que la diversidad en la dimensión de la sexualidad es una realidad que debemos afrontar con tolerancia, dado que existen unos DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, mediante los cuales el estado colombiano busca garantizarlos.

Se aterriza el desarrollo de la socialización al tema principal los derechos sexuales y reproductivos: Es indispensable que todos conozcamos los DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DSDR, para poder reflexionar sobre cómo estamos ejerciéndolos, cuáles hemos disfrutado y cuáles no, comprender que estos deben ser garantizados en todas las instituciones y por la sociedad en general, incluidos nosotros, que no debemos ser piedra de tropiezo, para que los demás miembros de la familia y la comunidad en general puedan tener un ejercicio pleno de ellos. Estaremos sensibles ante las realidades diversas que enfrentamos como sociedad y seremos capaces de tener aceptación por las decisiones de los demás en el marco del ejercicio de los DSDR.

Se hace lectura y explicación de cada uno de los DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, despejando las dudas que surgieron en los asistentes. DSDR



finalizada la revisión de los derechos, se indica la importancia de su ejercicio y garantía para evitar la aparición de embarazos a temprana edad, se comparte mensaje plasmado en la siguiente imagen, y adicionalmente se pide que de manera colectiva , repitan al unísono en voz alta en el recinto:



Posteriormente se menciona que, desde la adolescencia el ser humano presenta cambios psicológicos, físicos y sociales, entre otros y que, a partir del conocimiento mediado a través del diálogo en los diferentes entornos: Familia, Escuela y comunidad se puede generar un comportamiento enmarcado en el autocuidado y la responsabilidad y evitar que se siga presentando esta situación que influye en el desarrollo socioeconómico de los pueblos.

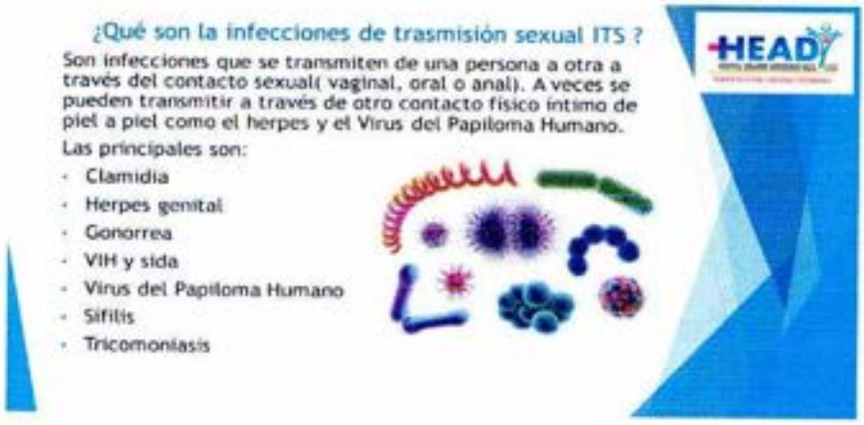


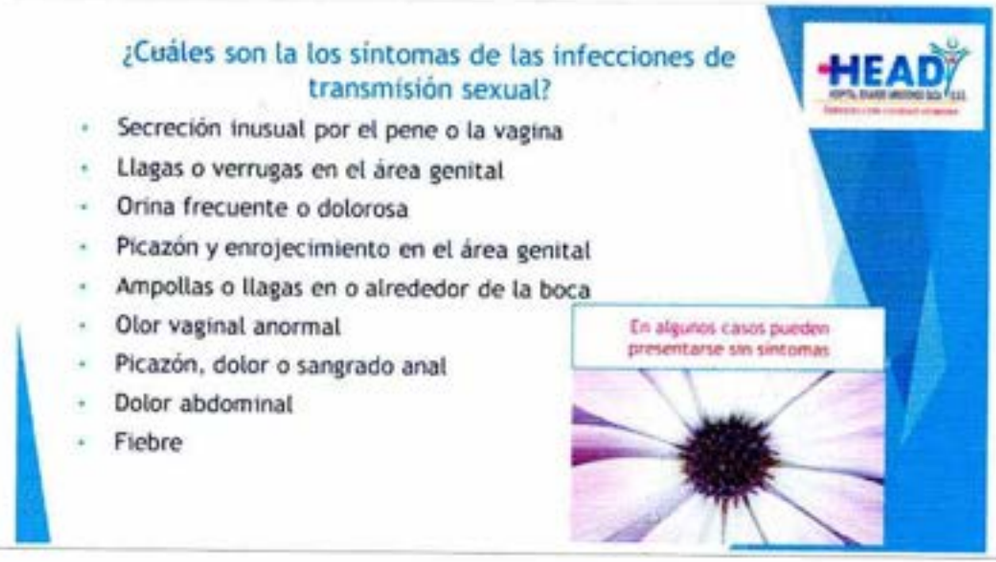
En consonancia con lo anterior, se informa a los asistentes sobre el derecho a recibir información de calidad y, en este sentido, se indicó que existe la consulta de orientación en anticoncepción o planificación familiar: por medio de la cual un profesional de medicina o enfermería orienta acerca del uso de métodos anticonceptivos; de esa forma el o la adolescente, o cualquier miembro de la comunidad, puede elegir el método más adecuado a sus necesidades, de acuerdo a los criterios de elegibilidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud.





Se borda además la importancia de la prevención de las inyecciones de transmisión sexual, se mencionan algunas y se hace énfasis en el uso del preservativo como método de prevención







Finalmente se realiza la actividad de cierre, denominada: STOP FAMILIAR, la cual consistió en que las madres, padres, cuidadores e hijos asistentes, deberían responder unas preguntas plasmadas en un formato, con la particularidad de que las respuestas dadas por la madre o el padre debes ser de la información del o la hijo(a) y viceversa, posteriormente se invitó a una pareja a compartir lo plasmado en el formato. El objetivo de esta dinámica fue identificar el grado de compenetración que existe entre padres e hijos en la cotidianidad familiar. La estructura del Stop es la siguiente:

STOP FAMILIAR								
Nombre completo	Cómo le dicen de cariño	Quién es su mejor amigo	Fecha de cumpleaños	Cuál es su contenido favorito	Qué lo hace feliz	Qué lo entristece	Cuál es su actividad favorita	Cuál es su comida favorita

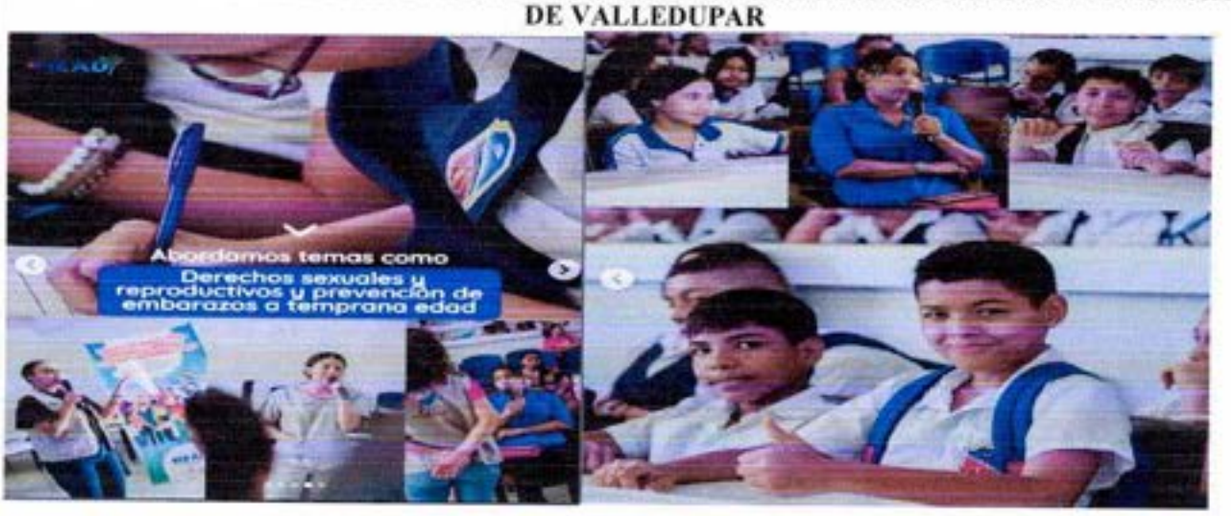
En la actividad se contó con la participación de dos parejas de familias voluntarias (Madre e hijo), acertaron en algunos de los ítems, (El año de nacimiento y actividad favorita de los padres no fueron identificados por los hijos) se les indicó la importancia de conocer a todos los integrantes del hogar, ya que, de esa manera se pueden entender, comprender y tener empatía con todos los integrantes del hogar en el momento que estén pasando por situaciones que generen alegría, tristeza, entre otros sentimientos, entre los integrantes de la familia.

Se realizó cierre de la actividad agradeciendo la presencia y participación a los asistentes y la posibilidad del desarrollo de la misma con el apoyo del Coordinador , Alfredo Lafaurie . Es de resaltar que, fue una actividad que generó integración, participación, reflexión, agrado y mucho bienestar en cada uno de los asistentes, de esta manera manifestaron lo importante de estos espacios educativos, La asistencia al evento contó con un total de 106 participantes entre padres, cuidadores y estudiantes, distribuidos en la siguiente tabla

POBLACIÓN IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	PI	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZ DEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	OTROS
HOMBRE	0	11	25	4	3	0	1	0	0	43	2	1	1	28	1	0	0	0	40
MUJER	0	2	35	3	22	1	1	1	0	60	7	0	1	66	18	2	3	1	41
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	13	60	7	25	1	2	1	0	103	9	1	2	94	19	2	3	1	81

INSTITUCION EDUCATIVA ALFONSO LOPEZ PUMAREJO
FECHA 29/08/2024 HORA INICIO 2:00 PM
HORA FINAL 4:00 PM
ENCUENTRO COMUNITARIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS COMUNAS 4 Y 5 MUNICIPIO DE VALLEDUPAR







RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Lina Parra.
	Nombre:	LINA MARIA PARRA MEJIA- PROFESIONAL

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

6°01

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ___ CUAL?: Encuentro Comunitario

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario en I.E del municipio de Valledupar

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 29/08/2024

LUGAR: Alfonso Lopez Pumarejo

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 28 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Alejandra Garcia	—	2	3	4	4	—	3242899010	Estudiante	Ale.
2	Jhon randon Aguerque	—	1	2	4	4	—	3106247486	Estudiante	Jhon. P.
3	Mathias David Niño castro	—	1	3	4	4	—	3172091731	Estudiante	Mathias.
4	Isaac David Ramos Britto	—	1	3	4	4	—	3107182912	Estudiante	Isaac.
5	Alvarez Jimenez STIVEN	—	1	3	4	4	—	3011116439	Estudiante	STIVEN
6	Reyler Surmay	—	1	3	4	4	—	3012342135	Estudiante	Reyler
7	Jhonaton Plata	—	1	3	4	4	—	—	Estudiante	Jhonatan.
8	Juan David Olivetos	—	1	2	4	4	—	—	Estudiante	Juan David
9	loggan andres	—	1	2	4	4	—	—	Estudiante	loggan andres P.
10	Mathias Guevara	—	1	2	4	4	—	3022530210	Estudiante	—
11	Shulnel contreras R	—	1	2	4	4	—	—	Estudiante	—
12	Simon Aragón P.	1009616049	1	3	4	4	—	3002521866	Estudiante	Simon
13	Albert Sotelos	—	1	3	4	4	—	—	Estudiante	Albert's
14	Maria Gamez Chavez	—	2	2	4	4	—	3205151014	Estudiante	Azaria
15	Ma Victoria Sarmiento	63368802	2	5	4	4	—	3188780781	Docente.	—
16	Andres Ganzabal	1085011868	1	4	4	4	—	3104327304	Docente	—
17	Jesus D. Arevalo .P	—	1	4	4	4	—	3229109570	Docente	—
18	Angel Zarate Ortiz	—	1	2	4	4	—	3224182232	Estudiante	—
19	Javier David Blanco	—	1	3	4	4	—	3223711220	Estudiante	—
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con Calidad Humana

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario en I.E del municipio de Valledupar — TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: X CUAL?: Encuentro 6a1

RESPONSABLE: Equipo PIC — FECHA: 29/08/2024

LUGAR: Alfonso Lopez Pumarejo

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO (1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+)	EDAD (1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante))	ETNIAS: (1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS)	VICTIMA: (1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS)	CONDICIONES: (1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE)	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	marianis Rodriguez	—	2	3	4	4	2	3045772 1	estudiante	
2	Nahomi ochoa A.	1066.290.624	2	3	4	4	—	3042872945	estudiante	Nahomi Och
3	Yoselin lopez p.	—	2	3	4	4	2	3246088825	estudiante	yoselin lopez
4	Melany Banquez R.	—	2	3	4	4	—	3007472694	estudiante	Melany Banquez
5	Victoria Sofia Delgado Rivera	—	2	3	4	4	—	3146778467	Estudiante	
6	Salome Farelo Nuñez	—	2	3	4	4	—	3205736657	Estudiante	
7	Ana Sofia Daza Fernandez	—	2	3	4	4	—	3003200985	Estudiante	<3
8	Shaira yalana polo vasquez	1061881821	2	3	4	4	—	3135037397	Estudiante	
9	Florencia Quiroz Maestre	—	2	3	4	4	—	3043040461	Estudiante	
10	Mariangel Charris Acosta	1066882775	2	3	4	4	—	3215411492	Estudiante	Mariangel Charris
11	Ebed shaday perez jacome	—	2	3	4	4	—	3016906292	estudiante	Ebed perez J.
12	Zarchaweu Torres	—	2	3	2	4	2	3026212717	Estudiante	Zarchaweu T.
13	Ana Marcela Santiago	1063597116	2	2	4	4	—	3126609585	Estudiante	Ana Santiago
14	Liz Alejandra manosalva	—	2	3	4	4	—	3145027782	Estudiante	Liz Manosalva
15	Amanda mishelle P.N.	—	2	3	4	4	—		Estudiante	amanda michelle
16	Damian Romero	—	1	2	4	4	—	3184852402	Estudiante	DAMIAN ROMERO
17	Emmanuel Rivera Vega	—	1	2	4	4	—		Estudiante	Emmanuel
18	Jean Carlos Nuñez	—	1	2	4	4	—	3046317223	Estudiante	Jean Carlos F
19	Luis Gabriel Brancamonte	—	1	2	4	4	—	3013306925	Estudiante	
20	Jesus David Tijera	1099199320	1	2	4	4	—	3166863 20	Estudiante	Jesus David

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

702

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: X OTRO: ___ CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: ENCUENTRO COMUNITARIO en I.E del municipio de Valledupar

RESPONSABLE: Equipo PIC SEXUALIDAD DSDR FECHA: 29-08-2024

LUGAR: I.E. Alfonso López

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELÉFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Sara Benavides		2	3	4	4	—		Estudiante	Sara
2	Santiago García		1	3	4	2	—	3145667198	estudiante	Santiago
3	Xhiana Betancourt		2	3	4	4	—	3128500717	estudiante	
4	Johan Alexander Pineda		1	3	4	4	—	3107418391	Estudiante	
5	Yamileth Dayana Teran		2	3	4	4	—	3223582777	Estudiante	Dayana
6	Deiner Pareja		1	3	4	4	—	3135374238	Estudiante	Deiner Pareja
7	Yeletsa Armenda Tafur	42495998	2	6	4	4	1	3006419681	Docente	
8	Julian Contreras Barranco	1003232590	1	4	4	1	—	3007333362	Docente Practicante	
9	Sandra Milena Ortega		2	4	4	4	1	3004716310	Docente	Sandra Ortega C
10	Yailith Olivero	1.131.066.374	2	3	1	4	—	3145153276	Estudiante	
11	Michell Ulia	1065625134	2	3	4	4	—	3042685103	Estudiante	Michell Ulia
12	Ricardo Andrea	1067599488	2	3	1	4	—	3202693103	Estudiante	Ricardo Andrea
13	Alejandra Moya Diaz	1067599458	2	3	4	4	—	3052966661	Estudiante	Alejandra Moya
14	Laura Córdoba	1067599429	2	3	4	4	—	3244473339	estudiante	
15	Laura Meza	1062597958	2	4	4	1	—	3044809896	estudiante	Laura
16	Luis Angel Alvarez	1065603406	1	4	4	4	—	3135868649	Estudiante	
17	Paola Andrea Cavada	1066281995	2	3	4	4	—	3029159558	Estudiante	Paola
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"ECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

02

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: X OTRO: ___ CUAL?: EC

NOMBRE DEL EVENTO: ENCUENTRO COMUNITARIO en I.E del municipio de Valledupar

RESPONSABLE: Equipo PIC sexualidad DSDR FECHA: 29-08-2024

LUGAR: I.E. Alfonso López

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIDADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Jhoscar David Sabana R.	—	1	3	4	4	—	314 407 2648	Estudiante	Jhoscar Sabana
2	Jorge eliecer calderon	1089665213	1	3	4	4	—	315 6349598	Estudiante	Jorge calderon.
3	Jorge Gonzalez valdes	—	1	3	4	4	—	3135810296	estudiante	Jorge Gonzalez
4	Raul Andres chavez fragozo	1122406949	1	3	4	4	—	311 682 4818	estudiante	Raul chavez
5	Santiago Nuñez Guillare	—	1	3	4	4	—	3202949689	estudiante	Santiago Nuñez
6	Santiago Diaz Daza	1062612149	1	3	4	4	—	302 4520857	Estudiante	Santiago Diaz
7	Camilo Alexander Gamboa	—	1	3	4	4	—	324 4173731	Estudiante	Alexander Gamboa.
8	Maribel Sofia Ramos	—	2	4	4	4	—	3043284770	Estudiante	Maribel Ramos
9	Cristian Camilo Martinez	—	1	3	4	4	—	3147779300	estudiante	Cristian Martinez
10	Santiago Andres Gomez	—	1	3	4	4	—	3013350801	estudiante	Santiago
11	Karoll Yuliana Romero C.	1067673778	2	3	4	4	—	3105234834	Estudiante	Karoll
12	Isabella Perez C.	—	2	3	4	4	—	3107330509	estudiante	Isabella
13	Rodrian Daconte V.	1027529814	1	3	4	4	—	3224520147	Estudiante	
14	Daniela Arroyo	1087813259	2	3	4	4	—	3015811045	Estudiante	Daniela Arroyo
15	Aitor José Daza S.	5718403	2	3	4	3	—	3226749354	Estudiante	Aitor
16	Juana Padilla A.	—	2	3	4	4	—	3052757348	estudiante	Juana padilla.
17	Felipe Sarabia	1067674669	1	3	4	4	—	3025252490	Estudiante	Pipe
18	Karol Muñoz	—	2	3	4	4	—	3135372099	Estudiante	Karol
19	Mariana Yacomelo	1067674058	2	3	4	4	—	3119784523	Estudiante	MY
20	Sarah Guzman	—	2	3	4	4	—	3127365310	Estudiante	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ESCUDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: X OTRO: ____ CUAL?: E C

NOMBRE DEL EVENTO: ENCUENTRO COMUNITARIO en IE del municipio de Valledupar

RESPONSABLE: Equipo PIC Sexualidad DSDR FECHA: 29 - 08 - 2024

LUGAR: I.E. Alfonso López

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO (1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+)	EDAD (1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante))	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Maloly Hermoli F	1002264990	2	5	—	—	1	3163777489	Comerciante	
2	Adriana Suarez	1065608887	2	5	4	4	-	3223582777	trabajador	Adriana Suarez
3	Yunanis Gonzalez	1081809926	2	5	4	4	1	3016953319	Amadecasa	Yunanis
4	Yazmina Bermudez	19.072925	2	5	4	3	1	3012192844	Trabajador	
5	Marlene daza	39 515869	2	5	4	1	1	3126906980	Comerciante	
6	Celinette Ordunos Garcia	1143106400Y	2	5	4	4	1	3174322304	trabajo SST	
7	Laura Jimenez Maestre	1065635250	2	5	4	4	1	3003390721	Administradora	
8	Yonatthan Ruiz Peñaloza	1066649488	1	5	4	4	1	3205338548	Conductor	
9	Nercy Garcia Contreras	49.792030	2	5	4	4	1	3004628932	Docente	
10	Yoreinis Molina Martinez	1.118.541.461	2	5	4	4	1	3233557780	Trabajadora	
11	Neyis meriño reyes	49.796.510	2	5	4	4	1	3135377079	amadecasa	
12	Sandra Carrascal F	1085942532	2	5	4	4	1	3225337709	Enfermera	
13	Yelma Reyes D	49.792950	2	5	4	4	1	3245210137	Docente	
14	Marineda Fragozo coronado	56079326	2	5	4	1	1	3205607491	Aux. enfermera	
15	Martha Perez	30463090	2	5	4	1	1	3008446722	Profesora.	Martha P.
16	Yacelyn perez	1124034836	2	5	4	1	1	3233857757	trabajador	
17	Yunani Perez Mejia	1065810749	2	5	4	4	4	3015978839	Hogar	Yunanis Perez M.
18	Katherin Osman	1065602659	2	5	4	4	—	3218057354	Hogar	
19	Karen Ariza Herrera	1065575406	2	5	4	4	1	3046783847	Tec Rx	
20	Yoreinis Gomez	49795789	2	5	4	4	1	3214691302	Instrumentadora	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: X OTRO: ___ CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario en I.E del municipio de Valledupar

RESPONSABLE: Equipo PIC Sexualidad Derechos sexuales y Reproductivos FECHA: 29-08-2024

LUGAR: I.E. Alfonso López

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Evelin Pascuales Bracho	1065637294	2	5	4	1	—	3133374238	Estilista	Evelin Pascuales
2	Santander Cervera	77177656	1	5	4	4	—	3206107626	Hogar	Santander Cervera
3	Jut Mary Ariza Ovalles	36669815	2	5	4	4	—	3186474032	comercio	Jut Mary Ariza Ovalles
4	Carlos Ramos Tejeano	15174996	1	5	4	1	—	3023521226	operario	Carlos Ramos
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

702

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: X OTRO: ___ CUAL?: E.C

NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario en IE del municipio de Valledupar.

RESPONSABLE: Equipo PIC sexualidad DSDR. FECHA: 29-08-2024

LUGAR: I.E. Alfonso López

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	JAVIER DAVID BLANCO O.	———	1	3	4	4	—	3223771220	Estudiante	
2	Linda Rebolledo Quiroz	1197724291	2	3	4	<1	—	—	Estudiante	
3	Shaira Guerra Fdez	———	2	3	4	4	—	3193792284	Estudiante	
4	Sebastian Diaz Ruiz	———	1	3	4	4	—	—	Estudiante	
5	Saray Torres	———	2	3	4	4	—	—	estudiante	Saray
6	Juan felipe Manjarrez	———	1	3	4	<1	—	3233573483	Estudiante	
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ACTIVIDAD

DESARROLLAR QUINCE (15) JORNADS DE SALUD DIRIGIDAS A GESTANTES Y MADRES LACTANTES CON INTERVENCIONES INDIVIDUALES (RPMS Y RIAMP) Y COLECTIVAS, SE DESARROLLEN ACCIONES QQUE PROMUEVEN LA MATERNIDAD SEGURA Y LA OPORTUNA PLANIFIACACION FAMILIAR, SEGÚN LA RESOLUCION 3280 DE 2018 EN LOS CORREGIMIENTOS PRIORIZADOS, CON LA ESTRATEGIA " RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE". LAS JORNADAS DEBEN REALIZARSE EN ARTICULACION CON LAS EPS EN CUMPLIMIENTO CON LOS ASPECTOS TECNICOS DE ESTA INTERVENCION SEGUN RESOLLUCION 3280 DE 2018.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD FORMATO DE ACTA**	HEAD

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS				
LUGAR:	HEAD SEDE SAN JOAQUIN	**FECHA**	26 de julio 2024	**HORA INICIO**	10:00 am
				HORA FINAL	12:00 m

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**				

TEMA:	Concertación de actividades en el marco de la estrategia CUIDA TU SEXUALIDAD de la actividad Ruta de la maternidad segura y saludable
OBJETIVO:	Describir las acciones de concertación realizadas para garantizar la ejecución de las actividades proyectadas desde la estrategia cuida tu sexualidad en alianza con los líderes de los territorios priorizados de la zona rural del municipio de Valledupar generando la proyección de un cronograma
POBLACIÓN OBJETIVO:	Líderes y lideresas de los territorios

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En las instalaciones de la sede de la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza, ubicada en el barrio san Joaquín de la comuna 6 del municipio de Valledupar, se adelanta gestión vía telefónica con los líderes de los diferentes territorios priorizados, con el objetivo de Socializar las acciones a desarrollar en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas del Municipio de Valledupar en la dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, proyectado desde la sectorial de salud, Cuya ejecución se encuentra a cargo de la ESE HEAD.

Durante el contacto telefónico se realizó la socialización de estrategia Cuida tu sexualidad, dentro de la cual se encuentra la actividad denominada "Ruta de la maternidad segura y saludable", esta tiene como objetivo: garantizar que las mujeres en edad fértil y gestantes conozcan la ruta integral de atención materna perinatal, hacer adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación.

El contacto telefónico buscaba principalmente involucrar a los diferentes actores con liderazgo natural y con reconocimiento por el colectivo que habita en el territorio en el desarrollo de la jornada, contar con su participación activa, haciendo presencia, difundiendo en comunidad y aportando recursos que pudieran ser útiles en aras ofrecer una intervención de calidad, con la contribución de la comunidad en general.

En este orden de ideas, las personas contactadas se describen en el cuadro anexo que describe su rol en el territorio, número telefónico y correo electrónico, este último, los que lo aportaron, a seguir:

TERRITORIO	FECHA	PERSONA	ROL	TELEFONO	CORREO
Los Corazones	27/07/2024	Shemery Daza	Líder salud	310 7332702	shemery.daza5@gmail.com
		María Elisa Maestre	Líder EBS	312 6546370	mariaelisamaestrecorpuco@gmail.com
		Cecilia Diaz	Inspección policía	311 6146502	ceciliaz32@hotmail.com
		Luz Marina Guerra	Líder ICBF	3174180340	asociacionchegunexhito24@gmail.com
El Jobo	27/07/2024	Katiuska Churio	Líder salud	315 4421432	katiuscachurio5@gmail.com
		Elizabeth Gutiérrez	Líder Afro	312 8390232	elizabethgutierrezmaria77@gmail.com

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD

Página

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS						
LUGAR:	Corregimiento Los Corazones	**FECHA**	06/08/2024	**HORA INICIO**	8:00AM		
				HORA FINAL	12:00AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	X	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**		
TEMA:	Promoción de la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia **"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE"**.						
OBJETIVO:	Garantizar que las mujeres en edad fértil y gestantes conozcan la ruta integral de atención materna perinatal, hacer adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones colectivas del Municipio de Valledupar, desde la Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos reproductivos se planeó, el desarrollo de la jornada de la maternidad segura y saludable para ser realizada en el territorio priorizado de Los Corazones , de acuerdo a lo previsto en la ficha técnica, lo que implicó hacer contacto con líderes del territorio, proceso descrito en el acta de concertación, y se estableció el sitio de realización del mismo, en el HEAD del corregimiento. Actividad liderada por Referente de DSDR del HEAD, Liliana Aguilar Caro, Maylenis Espitia, Auxiliar de enfermería. De igual forma se proyectó el mecanismo de búsqueda de la población sujeto de ser vinculada a la estrategia, como también se realizó difusión del evento en la comunidad y redes sociales.

De acuerdo a lo anterior, se realizó contacto con la líder EBS María Maestre, se contó con el apoyo de la i; ección de policía Cecilia Diaz, la líder de salud, líder ICBF, Se desarrolló la actividad brindando atención medica y de higiene oral como también realización de citologías a los asistentes. el evento e invitaron a la comunidad a asistir. Por parte de la líder de salud, se informó que en el corregimiento había tres (3) mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, asistieron a la actividad todas ellas.

Se desarrolló la actividad brindando atención médica y de higiene oral como también realización de citologías a las asistentes , se socializaron las intervenciones incluidas en la ruta integral de atención materno perinatal, iniciando con el abordaje de la valoración preconcepcional, resaltando la importancia de ésta, en la medida en que permite al profesional de la salud, determinar el riesgo reproductivo de la pareja que proyecta un embarazo, se hace énfasis en que se debe buscar el acompañamiento del personal de salud desde el momento en que se pensando en la reproducción, pues desde allí, se identifica en forma temprana, cualquier situación de la salud de la pareja, que deba ser atendida de manera previa para garantizar que el embarazo se desarrolle en las mejores condiciones y se logre tener una gestación con bajo riesgo biopsicosocial prenatal. En el evento en que todo se encuentre bien con la pareja, se requerirá aplazar por lo menos tres meses el embarazo, con el uso de un método anticonceptivo temporal, concertado de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS, para que la mujer, durante este tiempo, tome ácido fólico previo a embarazarse y, luego sí, iniciar el proceso de fecundación.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUP

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: REUNION: CAPACITACION: OTRO: CUAL?: Jornada
NOMBRE DEL EVENTO: Jornada Salud Materno Perinatal SEGUIA Y SANDABLE
RESPONSABLE: FECHA: 6 - Agosto 2024
LUGAR: Los Corrones.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Carmen Barros	1100688882	2	5	4	3	1		Ama de casa	Carmen
2	Ana Abigail Bnedetti	1066741934	2	4	4	4	1	3214402954	Ama de casa	Ana Abigail
3	Luz Ana Jimenez	49771978	2	5	4	4	1	3052707809	Ama de casa	Luz Ana Jimenez
4	Dulce Dominguez	1065583859	2	4	4	1	4	3249198499	Ama de casa	Dulce Dominguez
5	Martha Barros Cerro	19738883	2	5	4	4	1	3126060529	Ama de casa	Martha Barros
6	Sonia Rodriguez	32.643.206	2	5	2	4	1	3133180140	Ama de casa	
7	Felicia Ines Diaz Cerro	49.758.885	2	5	4	4	1	312 275 9414	Ama de casa	Felicia Diaz
8	Judis martinez	49759819	2	5	4	4	1	312 605 56 81	Ama de casa	Judis martinez
9	Liz Marina Guerra	49.783.694	2	5	1	4	1	3165341298	Ama de casa	Liz Marina Guerra
10	Andrea Camila Rios M.	1003314001	2	4	1	1	1	3207334348	Ama de casa	Andrea Rios
11	Susana Ortega	1007246100	2	4	4	4	1	3144430258	Ama de casa	Susana O
12	Yaricia patricia Mendoza	1065634342	2	5	2	4	4	3148499024	Ama de casa	
13	Claudia Bedoya Gomez	1065611054	2	4	1	4	1	3161683096	Ama de casa	Claudia Bedoya
14	Geisimar Del Mar Garcia	26519057	2	4	4	4	1	3233553614	Ama de casa	Geisimar DG
15	Zarahit Ruiz	49770523	2	4	4	4	1	3003194320	Ama de casa	Zarahit Ruiz
16	Emilyn Cepeda Saenz	1068385777	2	4	4	4	1	3207300262	Ama de casa	Emilyn
17	Gisy Lucia Duarte	1003316185	2	4	4	4	1	3706238757	Ama de casa	Gisy Duarte
18	Yelitza Sanchez	25177133	2	5	4	3	4	3113938684	Ama de casa	Yelitza
19	Angela martin Sanchez	1051662478	2	5	1	4	1	3107114505	Ama de casa	Angela
20	Adriana Simanca	1065610173	2	3	1	1	1	3107465427	Ama de casa	Adriana S.

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUP

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: REUNION: CAPACITACION: OTRO: CUAL?: Jornada
NOMBRE DEL EVENTO: Jornada Salud Materno Perinatal - SALUD ANTIGUA SOMOS SOLIDARIOS
RESPONSABLE:
FECHA: 6 - Agosto - 2021
LUGAR: Los Cortijos

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Gilma Gutierrez	1065572437	2	6	4	4	1		Ama Casa	Gilma G.
2	Ana María Arrieta	1066874421	2	4	4	1	5		Ama Casa	Ana Arrieta
3	Claudia marcela carrascal	1065546032	2	4	4	1	3	3106469507	Ama Casa	Claudia C.
4	Rubira Ester Diaz Belono	49736382	2	6	4	4	1	3145745871	Ama Casa	Rubira Diaz
5	Yesenia Pastrana castillo	1196999123	2	5	4	4	1		Ama Casa	Yesenia C.
6	Yomaris Leanor Diaz Diaz	49788555	2	5	1	4	1	3216789914	Ama Casa	Yomaris Diaz
7	Manela Carrillo Camillo	42486759	2	6	4	4	1	3218966179	Ama casa	manela
8	Dilia Vargas Ortiz	1063961115	2	4	4	4	1	3207431267	Ama Casa	Dilia V.
9	Yolima Blanco Garcia	49596327	2	5	4	1	1	3115764464	Ama Casa	Yolima. B.
10	Marca Vergara Epalza	49609048	2	5	4	1	1	3173899774	Ama Casa	Marca V.
11	Ana Diaz	49767485	2	5	4	4	1	3205353087	Ama Casa	Ana Diaz
12	Andrea Sierra Pardo	1193538548	2	4	1	1	4	3143315953	Ama Casa	Andrea Sierra
13	Carolina Arma M	1065562704	2	5	4	1	4	3142060708	Ama casa	Carolina Arma
14	Mayela Blanchar	49772425	2	5	4	1	1	3126107617	Ama casa	Mayelita
15	Dixon Javier Carrillo	8963670	2	5	2	1	4	3107296782	Ama casa	Javier
16	Lenis Patricia Ortega G	1066048000	2	4	1	1	1	3209174402	Ama Casa	Lenis Ortega
17	Maria Liz Ayala	1066888188	2	4	1	4	5	3147127389	Ama Casa	Maria Liz
18	Gladys patricia Diaz	49783664	2	5	1	1	1	3234114704	Ama Casa	Gladys Diaz
19	Jorge Luis Ortega	1065742867	2	5	2	4	1	1065 [illegible]	Ama Casa	[illegible]
20	Sheyla Mendoza	1063257119	2	4	4	4	4	3126 [illegible]	Ama Casa	Sheyla M.

*(P: PD): Personas con Discapacidad

*(L: NTIQ+: iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: REUNION: CAPACITACION: OTRO: CUAL?: Jornada
NOMBRE DEL EVENTO: Jornada Salud Materno Perinatal SEGURA Y SALVABLE
RESPONSABLE:
FECHA: 6 - Agosto - 2024
LUGAR: Los Corazones

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 dias hasta 6 años 11 meses 29 dias 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 dias) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 dias 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 dias) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 dias) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Angie Dadu Daza Ortiz	1065854747	2	4	2	4	5	3127671576	Ama de casa	Angie Daza.
2	Alexandra Cortes Cuadro	1065570830	2	6	2	4	1	320 8307888	Ama de casa	Alexandra Cortes
3	Katerin Julieth Salcedo	1050859836	2	3	1	4	1	3022156463	Ama de casa	Katerin Salcedo
4	Mabel Suarez Castro	26901990	2	3	1	4	1	3233818133	Ama de casa	Mabel
5	Estefanis Johana Maya Montes	1065283389	2	4	1	4	1	3117710678	Ama de casa	Estefanis
6	Alejandra Mendoza	6199024	2	5	4	4	1	3135383624	Ama de casa	Alejandra
7	Maeffen Mejia Suarez	1065638904	2	5	2	4	4	3126063265	Ama de casa	Maeffen
8	Blanca Yuis Gomez M	43677711	2	5	4	4	1	3215366976	Ama de casa	Blanca
9	Eva Lopez Garcia	1003428515	2	4	4	4	5	3217724704	Ama de casa	Eva Lopez
10	Natalia Perez	49776189	2	5	1	4	1	3205748990	M. C.	Natalia Perez
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad

*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

Ruta de la maternidad



Segura y Saludable

Vamos a estar presentes en el corregimiento de

El Jabo

centro de salud

Este 15 de agosto de 2024

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

PIC

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SALUD

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETRARIA LOCAL DE SALUD** **E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024** **INFORME DE ACTIVIDADES**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS										
LUGAR:	Corregimiento El Jabo			**FECHA**	15/08/2024		**HORA INICIO**	8:00AM			
							HORA FINAL	12:00AM			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	X	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**						
TEMA:	Promoción de la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia **"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE"**.										
OBJETIVO:	Garantizar que las mujeres en edad fértil y gestantes conozcan la ruta integral de atención materna perinatal, hacer adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones colectivas del Municipio de Valledupar, desde la Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos reproductivos se planeó, el desarrollo de la jornada de la maternidad segura y saludable para ser realizada en el territorio priorizado de El Jabo , de acuerdo a lo previsto en la ficha técnica, lo que implicó hacer contacto con líderes del territorio, proceso descrito en el acta de concertación, y se estableció el sitio de realización del mismo, en el HEAD del corregimiento. Actividad liderada por Referente de DSDR del HEAD, Liliana Aguilar Caro, Maylenis Espitia, Auxiliar de enfermería. De igual forma se proyectó el mecanismo de búsqueda de la población sujeto de ser vinculada a la estrategia, como también se realizó difusión del evento en la comunidad y redes sociales.

De acuerdo con lo anterior, se realizó contacto con la líder de salud Katiuska Churio, presidente del consejo Julio Churio, líder afro Deimer Meléndez, líder ICBF Luz Guerra Farelo quienes desde su rol promocionaron el evento e invitaron a la comunidad a asistir, por parte de la líder de salud, se informó que en el corregimiento bía (4) cuatro mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, sin alteraciones ni riesgos y prestas para la actividad

Se desarrolló la actividad brindando atención médica y de higiene oral como también realización de citologías a las asistentes , se socializaron las intervenciones incluidas en la ruta integral de atención materno perinatal, iniciando con el abordaje de la valoración preconcepcional, resaltando la importancia de ésta, en la medida en que permite al profesional de la salud, determinar el riesgo reproductivo de la pareja que proyecta un embarazo, se hace énfasis en que se debe buscar el acompañamiento del personal de salud desde el momento en que se pensando en la reproducción, pues desde allí, se identifica en forma temprana, cualquier situación de la salud de la pareja, que deba ser atendida de manera previa para garantizar que el embarazo se desarrolle en las mejores condiciones y se logre tener una gestación con bajo riesgo biopsicosocial prenatal. En el evento en que todo se encuentre bien con la pareja, se requerirá aplazar por lo menos tres meses el embarazo, con el uso de un método anticonceptivo temporal, concertado de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS, para que la mujer, durante este tiempo, tome ácido fólico previo a embarazarse y, luego sí, iniciar el proceso de fecundación.

Seguidamente se aborda la intervención de Interrupción Voluntaria del embarazo, que hace parte de la Ruta Materno perinatal, que aunque representa una salida de la misma, se requiere atención por el talento humano en salud, se hace claridad de lo establecido desde el punto de vista jurídico a la luz de las sentencias C055 de 2022 y C355 de 2006, se hace énfasis en que se debe respetar las decisiones tomadas en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos, garantizando la autonomía reproductiva de la mujer que solicita la intervención, que se debe tratar en dignidad y respeto por parte del personal de salud y hay un tiempo máximo

Obligatorio de Salud, a los cuales pueden acceder, en ese orden de ideas se muestra haciendo uso de un kit que cuenta con métodos reales y se da claridad del mecanismo de acción de esos métodos.

Los socializados fueron:

1. Hormonales: Píldoras combinadas y de solo progestágeno, inyectables combinados y solo progestágeno de periodicidad mensual o trimestral, el DIU hormonal, Implante subdérmico y parches. Se hace especial énfasis en el método de emergencia o del día después, resaltando la importancia de que este se debe usar máximo una o dos veces al año, en caso de EMERGENCIA, se coloca como ejemplo, la ruptura de un preservativo durante las relaciones sexuales, un acto sexual en contexto de violencia, o una situación que ocurre de manera repentina y representa un riesgo de embarazo.

2. De barrera: Dispositivo Intrauterino y Preservativo masculino y femenino, en esta parte se integra a los asistentes y se invita a una madre para que participe en la instalación del preservativo masculino con la ayuda de un modelo anatómico de pene, sin embargo ninguna se vinculó, se hace entrega de preservativos a todos para que vayan siguiendo las indicaciones, mientras se hace la demostración y se dan las recomendaciones de conservación, se motiva para que tengan la posibilidad, si así lo quisieran, de hacer la postura con el modelo anatómico, fue un momento de mucha atención por parte de los asistentes.

3. Quirúrgicos: Con la ayuda de imágenes y modelos anatómicos se muestra cual es el procedimiento que se realiza y cuál es la estructuras anatómica que se interviene en el hombre y la mujer, las trompas de Falopio y canal deferente respectivamente, se hizo claridad sobre las repercusiones en la salud del hombre y la mujer que decide realizar un método quirúrgico de anticoncepción, se desmitifican las intervenciones despejando dudas sobre los efectos que se tienen en el imaginario colectivo sobre los efectos de estos métodos en la libido, y las relaciones sexuales posterior a su realización, entre otras cosas.

Se continúa con socialización de la intervención de atención en control prenatal donde se resalta la importancia del ingreso temprano, antes de las 10 semanas de gestación, en aras de que se realicen todas las intervenciones establecidas en cada trimestre del embarazo, de manera que se pueda identificar de manera temprana cualquier alteración y por supuesto realizar las intervenciones a que haya lugar de acuerdo al caso.

" habla de la importancia de la valoración en odontología, dado que, se requiere que la boca se encuentre
idable de haber cualquier foco infeccioso en boca, puede generarse partos pretérminos y otras afectaciones en la salud de la madre y el feto, por ello, es indispensable cumplir con las citas odontológicas programadas.

Así mismo se aborda la importancia de la atención en psicología, manifestando el riesgo que las mujeres tienen durante el embarazo y Parto a presentar trastornos depresivos y es indispensable que un profesional de psicología identifique el riesgo y realice las intervenciones pertinentes para evitar afectaciones en la salud mental de la madre.

Se aborda también la valoración nutricional, la realización del curso de preparación para la maternidad y la paternidad y finalmente se aborda la atención del parto, que de preferencia y de no haber contraindicaciones o complicaciones, de la madre o el feto, debe ser por vía vaginal.

Se hace recuento de los signos de alarma para acudir de manera urgente a los servicios de salud como son:

- Sangrado a cualquier edad gestacional
- Vómito excesivo
- Zumbido de oídos
- Ardor en la boca del estomago
- Visión borrosa o con "cocuyitos"
- Dolor de cabeza muy intenso
- Hinchazón de piernas, manos o cara

Finalizado el momento educativo, se integra la población en una actividad lúdica con el uso de rompecabezas que contienen información sobre la anatomía reproductiva de hombres y mujeres, como complemento, se hace un acompañamiento y se refuerza lo socializado.

de la mecánica corporal, y realiza una sesión de ejercicios para que ellas lo realicen de manera periódica en el hogar durante su gestación en aras de fortalecer los músculos y el manejo de la respiración para el momento del parto.

De manera alterna, el personal médico y de higiene oral realizaron las intervenciones en salud a la población asistente, con un total de (38) asistencias entre estas (4) en estado de embarazo, y (3) lactantes, se da por terminada la jornada de manera exitosa y satisfactoria.

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				
	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZ DF
HOMBRE	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	2
MUJER	0	0	2	17	16	1	17	5	0	14	20	0	2	15	29
GBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	2	18	17	1	19	5	0	14	21	0	2	15	31

Corregimiento El Jabo
FECHA : 15/08/2024
"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".







ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Firma:	
	Nombre:	Liliana Aguilar Caro

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad segura y saludable FECHA: 15-08-2024

LUGAR: El Jabo RESPONSABLE: Equipo dimension sexualidad

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Grecce Cobo martinez	1122410589	2	4	4	4	1	3135011236	Madre	Grecce Cobo M.
2	Clara Romero Orozco	49741147	2	5	1	1	1	3156845162	Madre	Clara Romero Orozco
3	Lorenys Galve Castillo	5157182	2	5	1	3	1	3028194516	madre	Lorenys Galve
4	Rosa Maria Cuenca	1061800234	2	4	2	1	5	3155726660	Madre	Rosa Cuenca
5	Gini Rosi Churio	37798358	2	5	1	1	1	3143193436	madre	Gini Rosio Churio
6	Maikes Ortega Quiroz	6316271	2	5	1	3	1	3239014917	Madre	Ortega
7	Karen Dayana Cote izquierdo	1065142911	2	4	2	4	5	3044866170	Madre	Karen cote
8	Sandra Marcela marin jimenez	1065632239	2	4	1	1	1	3206862858	madre	Sandra Marin J.
9	Abel Alfonso marin Jimenez	1066823940	1	5	1	1	1	3245511883	Padre	Abel Marin Ji
10	Leonel francisco Villero M.	1065822312	1	5	1	1	1	3008643484	Padre	Leonel Francisco
11	Marith Yaselys Acuña M.	1065173819	2	4	1	1	5	3505174758	madre	Jenith Martinez
12	Viviana martinez Quelbas	1065128155	2	4	1	1	1	3505174758	madre	Viviana Martinez
13	Maria Paula Fontalvo	1065603405	2	5	1	1	1	3241029990	Madre	Maria Paula Fontalvo
14	Ruth elena Fontalvo	1065591893	2	5	1	1	1	3024826860	madre	Ruth elen Fontalvo

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad Segura y saludable FECHA: 15-08-2024

LUGAR: El Jabo RESPONSABLE: Equipo dimension sexualidad

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yenitza Castilla Fontalvo	49715065	2	5	1	1	1	3249007910		JERLSA
2	Yoris Vasquez Contreras	1066833862	2	4	1	1	1	3106786890	Madre	Yoris Vasquez C
3	Heidys Sarith Castro Cardona	1083447571	2	4	1	1	1	3055335780	madre	Heidys Castro
4	Ana Joseta Cardona Gutierrez	49765110	2	5	1	1	1	3173844135	madre	Ana Cardona
5	Nayelis martinez Alvarez	1004483316	2	4	2	4	1	3158155002	Madre	Nayelis Martinez
6	Ely Yohana Castilla	1065630910	2	5	1	1	1	3157884892	madre	Ely yohana C.
7	Yennifer Churio Castillo	1064592210	2	4	1	1	1	3007708518	madre	Yennifer churio
8	Excila Bula Toncel	49.778.680	2	5	1	4	1	3153153585	madre.	Excila Bula Toncel
9	Mary Sorelys Romero B	1.065643963	2	5	1	1	1	3188662742	Madre	Mary Romero
10	Liseth Castilla Vasques	1065603425	1	4	1	4	1	3247735191	madre	Yise Castilla V.
11	Yamilis Diaz ortiz	1122904051	2	4	4	4	4	3236468342	madre	Yamilis D.
12	Kating Andrea Calderon	1065641190	2	3	1	4	1	3218838483	Estudiante	Katia calderon.
13	Wendy Gutierrez Castilla	1066283310	2	4	1	4	1	3107007645	Estudiante	Wendy Gutierrez
14	Anne Luz Gutierrez Ovalle	36410240	2	6	1	1	1	3008574160	madre	Anne Gutierrez

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO MESTRE SAIA E.S.E.
Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

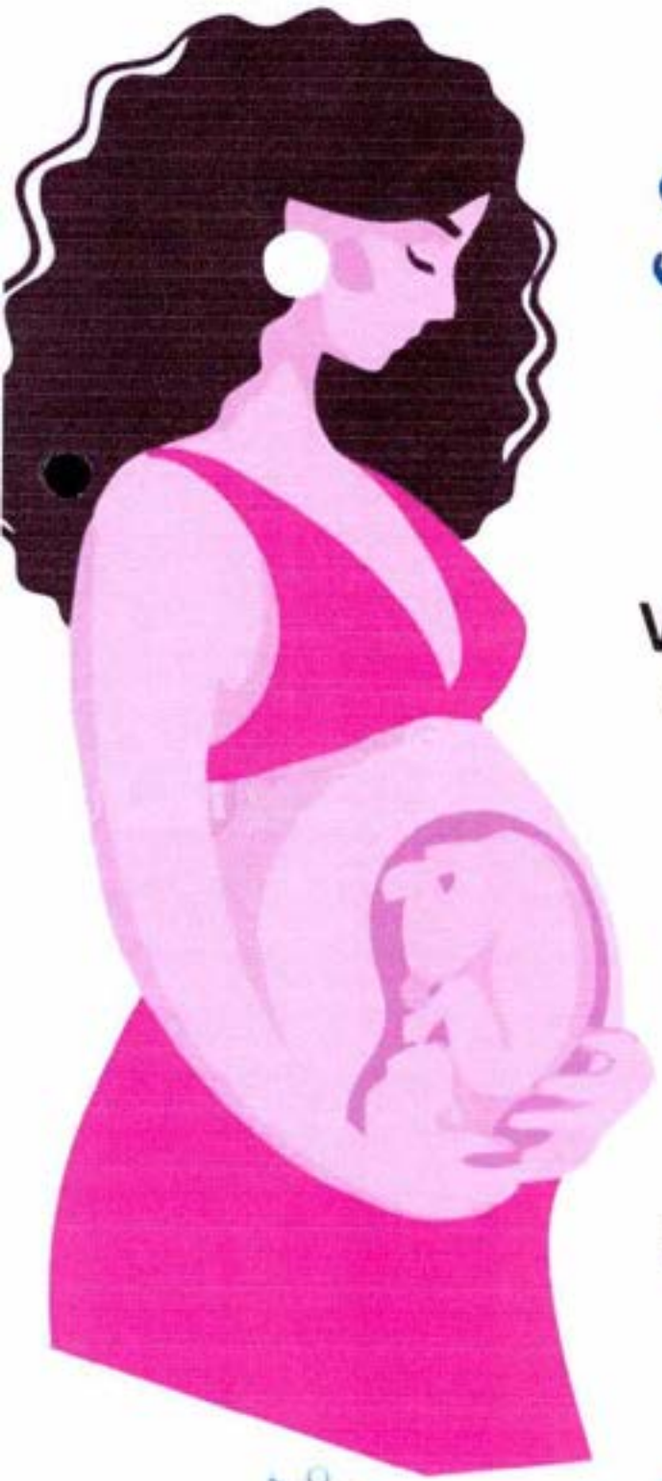
NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad Segura y saludable FECHA: 15-08-2024

LUGAR: El Jabo RESPONSABLE: Equipo dimension Sexualidad

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Julieth Calderón Gutierrez	1065624873	2	5	1	4	4	3218838485	Madre	Julieth Calderón G.
2	Dina Angelica Espejero	1003231055	2	5	1	4	1	3	Madre	Maria Angelica Espejero
3	Yuisay Miranda	1065527383	2	5	1	4	1	3113617773	Madre	Yuisay Miranda
4	Maria Villero Acuña	1066210461	2	5	1	4	1	3025157546	Madre	Maria angelica villero
5	Martha Castilla Pertuz	1193911243	2	5	1	4	4	3106615477	Madre	Martha Castilla P.
6	Yisel Romero Ramirez	1065508533	2	5	1	4	1	3137914868	Madre	Yisel Romero
7	Katiusca Churio Martinez	1003380612	2	5	1	4	1	3154214232	Madre	Katiusca Churio
8	Lina marcela castilla Espejero	1003235452	2	5	1	1	5	3246013860	Madre	Lina Castilla E.
9	Ana Cecilia Pertuz C.	1122737761	2	5	4	4	1	3237279988	Madre	Ana Pertuz
10	Yeleidis Ortiz Brito	40960397	2	5	4	4	1		Madre	Yeleidis Ortiz
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

Ruta de la maternidad



Segura y Saludable

Vamos a estar presentes en el corregimiento de

Las Raices

centro de salud

Este 16 de agosto de 2024

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

PIC

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SALUD

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	SECRETRARIA LOCAL DE SALUD E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024 INFORME DE ACTIVIDADES	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS						
LUGAR:	Corregimiento Las Raíces		**FECHA**	16/08/2024	**HORA INICIO**	8:00AM	
					HORA FINAL	12:00AM	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	X	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**		
TEMA:	Promoción de la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia **"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".**						
OBJETIVO:	Garantizar que las mujeres en edad fértil y gestantes conozcan la ruta integral de atención materna perinatal, hacer adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones colectivas del Municipio de Valledupar, desde la Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos reproductivos se planeó, el desarrollo de la jornada de la maternidad segura y saludable para ser realizada en el territorio priorizado de Las Raíces, de acuerdo a lo previsto en la ficha técnica, lo que implicó hacer contacto con líderes del territorio, proceso descrito en el acta de concertación, y se estableció el sitio de realización del mismo, en el HEAD del corregimiento. Actividad liderada por Referente de DSDR del HEAD, Liliana Aguilar Caro, Maylenis Espitia, Auxiliar de enfermería. De igual forma se proyectó el mecanismo de búsqueda de la población sujeto de ser vinculada a la estrategia, como también se realizó difusión del evento en la comunidad y redes sociales.

De acuerdo con lo anterior, Se realizó contacto con la líder de salud Carmen Martínez, se contó con el apoyo de la inspección de policía por parte de la inspectora Martha Oliveros Herrera, la líder de salud Carmen Martínez, líder ICBF Luz Guerra Farelo, quienes invitaron a la comunidad a asistir, se conoce que en el rregimiento residen 4 mujeres en estado de gestación, de las cuales una inasistente por malestares del embarazo, 3 se encuentran en controles y seguimiento.

Una de las gestantes no contaba con controles , exámenes , ecografías, ni mucho menos tomando nutrientes vitamínicos , cabe resaltar que es una paciente de alto riesgo ya que se encuentra en el grado 5 de Edad con 41 años de edad (Adultez) ante esta situación se procede a un diálogo con el médico general que nos acompañaba en la actividad por parte de la unidad móvil , quien tomó a la paciente ingresó al consultorio en compañía de la Fisioterapeuta , Jefe de Enfermería y tomaron alternativas para hacerle el respectivo ordenamiento de ECOGRAFÍA, EXÁMENES , MEDICACIÓN, se le explica cómo debe proceder a lo cual responde que lo entendió claro y conciso.

Se desarrolló la actividad brindando atención médica y de higiene oral como también realización de citologías a las asistentes , se socializaron las intervenciones incluidas en la ruta integral de atención materno perinatal, iniciando con el abordaje de la valoración preconcepcional, resaltando la importancia de ésta, en la medida en que permite al profesional de la salud, determinar el riesgo reproductivo de la pareja que proyecta un embarazo, se hace énfasis en que se debe buscar el acompañamiento del personal de salud desde el momento en que se pensando en la reproducción, pues desde allí, se identifica en forma temprana, cualquier situación de la salud de la pareja, que deba ser atendida de manera previa para garantizar que el embarazo se desarrolle en las mejores condiciones y se logre tener una gestación con bajo riesgo biopsicosocial prenatal. En el evento en que todo se encuentre bien con la pareja, se requerirá aplazar por lo menos tres meses el embarazo, con el uso de un método anticonceptivo temporal, concertado de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS, para que la mujer, durante este tiempo, tome ácido fólico previo a

Materno perinatal, que aunque representa una salida de la misma, se requiere atención por el talento humano en salud, se hace claridad de lo establecido desde el punto de vista jurídico a la luz de las sentencias C055 de 2022 y C355 de 2006, se hace énfasis en que se debe respetar las decisiones tomadas en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos, garantizando la autonomía reproductiva de la mujer que solicita la intervención, que se debe tratar en dignidad y respeto por parte del personal de salud y hay un tiempo máximo de 5 días para que su Empresa promotora de salud, resuelva la solicitud. En este apartado, se comenta que es indispensable que la mujer que no desea embarazarse tiene derecho a acceder a métodos anticonceptivos por parte de su proveedor de salud, así mismo se socializa los métodos con que se cuenta en el Plan Obligatorio de Salud, a los cuales pueden acceder, en ese orden de ideas se muestra haciendo uso de un kit que cuenta con métodos reales y se da claridad del mecanismo de acción de esos métodos.

Los socializados fueron:

1. Hormonales: Píldoras combinadas y de solo progestágeno, inyectables combinados y solo progestágeno de periodicidad mensual o trimestral, el DIU hormonal, Implante subdérmico y parches. Se hace especial énfasis en el método de emergencia o del dia después, resaltando la importancia de que este se debe usar máximo una o dos veces al año, en caso de EMERGENCIA, se coloca como ejemplo, la ruptura de un preservativo durante las relaciones sexuales, un acto sexual en contexto de violencia, o una situación que ocurre de manera repentina y representa un riesgo de embarazo.

2. De barrera: Dispositivo Intrauterino y Preservativo masculino y femenino, en esta parte se integra a los asistentes y se invita a una madre para que participe en la instalación del preservativo masculino con la ayuda de un modelo anatómico de pene, sin embargo ninguna se vinculó, se hace entrega de preservativos a todos para que vayan siguiendo las indicaciones, mientras se hace la demostración y se dan las recomendaciones de conservación, se motiva para que tengan la posibilidad, si así lo quisieran, de hacer la postura con el modelo anatómico, fue un momento de mucha atención por parte de los asistentes.

3. Quirúrgicos: Con la ayuda de imágenes y modelos anatómicos se muestra cual es el procedimiento que se realiza y cuál es la estructuras anatómica que se interviene en el hombre y la mujer, las trompas de Falopio y canal deferente respectivamente, se hizo claridad sobre las repercusiones en la salud del hombre y la mujer que decide realizar un método quirúrgico de anticoncepción, se desmitifican las intervenciones despejando dudas sobre los efectos que se tienen en el imaginario colectivo sobre los efectos de estos métodos en la libido, y las relaciones sexuales posterior a su realización, entre otras cosas.

Se continúa con socialización de la intervención de atención en control prenatal donde se resalta la importancia del ingreso temprano, antes de las 10 semanas de gestación, en aras de que se realicen todas las intervenciones establecidas en cada trimestre del embarazo, de manera que se pueda identificar de manera temprana cualquier alteración y por supuesto realizar las intervenciones a que haya lugar de acuerdo al caso.

Se habla de la importancia de la valoración en odontología, dado que, se requiere que la boca se encuentre saludable de haber cualquier foco infeccioso en boca, puede generarse partos pretérminos y otras afectaciones en la salud de la madre y el feto, por ello, es indispensable cumplir con las citas odontológicas programadas.

Así mismo se aborda la importancia de la atención en psicología, manifestando el riesgo que las mujeres tienen durante el embarazo y Parto a presentar trastornos depresivos y es indispensable que un profesional de psicología identifique el riesgo y realice las intervenciones pertinentes para evitar afectaciones en la salud mental de la madre.

Se aborda también la valoración nutricional, la realización del curso de preparación para la maternidad y la paternidad y finalmente se aborda la atención del parto, que de preferencia y de no haber contraindicaciones o complicaciones, de la madre o el feto, debe ser por vía vaginal.

Se hace recuento de los signos de alarma para acudir de manera urgente a los servicios de salud como son:

- Sangrado a cualquier edad gestacional
- Vómito excesivo
- Zumbido de oídos

- Dolor de cabeza muy intenso
- Hinchazón de piernas, manos o cara

Finalizado el momento educativo, se integra la población en una actividad lúdica con el uso de rompecabezas que contienen información sobre la anatomía reproductiva de hombres y mujeres, como complemento, se hace un acompañamiento y se refuerza lo socializado.

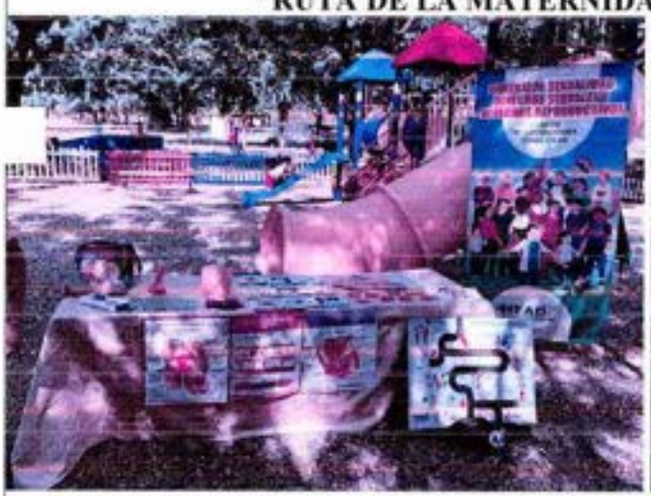
Posteriormente se realiza la intervención por parte de la fisioterapeuta quien orienta a las madres en el manejo de la mecánica corporal, y realiza una sesión de ejercicios para que ellas lo realicen de manera periódica en el hogar durante su gestación en aras de fortalecer los músculos y el manejo de la respiración para el momento del parto.

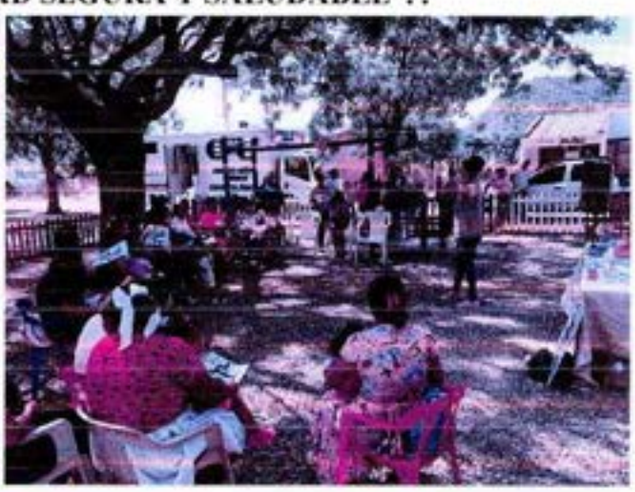
De manera alterna, el personal médico y de higiene oral realizaron las intervenciones en salud a la población asistente, con un total de (30) asistencias entre estas (4) en estado de embarazo, y (6) lactantes, se da por terminada la jornada de manera exitosa y satisfactoria.

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	
HOMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MUJER	0	0	2	19	6	3	19	3	0	8	17	0	3	10	
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	0	0	2	19	6	3	19	3	0	8	17	0	3	10	

Lugar: Corregimiento Las Raíces
FECHA: 16/08/2024
"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE". .









Lugar: Corregimiento Las Raices
FECHA: 16/08/2024
"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".





ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME	Firma:	
	Nombre:	Liliana Aguilar Caro

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad Segura y Saludable FECHA: 16/08/2024

LUGAR: Las Flores RESPONSABLE: Grupo PIC - Sexualidad Reproductiva

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Maria hernandez Pacheco	1083795101	2	4	4	4	1	3006[illegible]	madre	Maria Hernandez pacheco
2	Luz Yenis Galvan Cabanci	1148141971	2	4	1	4	1	3044635300	madre	Luz Yenis Galvan Cabanci
3	Yuliannis Pena Paba	———	2	3	4	4		3006[illegible]	Estudiante	Yulianis Pena Paba
4	Adriana Castillo Guillen	1065563281	2	4	1	1	1	3016668[illegible]	madre	No tiene cuentillo
5	Mari Oviedo Muñoz	1065814588	2	4	1	4	4	3138069478	madre	Mari Oviedo Muñoz
6	Maria Isabel Gonzales V	1004511362	2	4	4	1	4	3003316486	madre	Maria Isabel Gonzalez
7	Veronica Guillen Cabanci	1066810810	2	4	1	1	4	3208[illegible]	madre	Veronica Guillen Cabanci
8	Yaqaira Vega Rojano	1048272763	2	4	1	1	1	3044[illegible]		Yaqaira Vega R.
9	Julieta moreno ortiz	1003242520	2	4	1	4	5	3107[illegible]	Gestante	Julieta Moreno
10	Yenifer Castillo Torres	1065844017	2	4	1	4	3	3006[illegible]	madre	Yenifer Castillo
11	Eriana Olmo	7234155	2	4	2	3	1	3008[illegible]	madre	Eriana Olmo
12	Ana Karla Sinete	1065615910	2	4	4	1	5	3001340[illegible]	madre	Ana Karla
13	Elizabeth Gulo Romero	49733902	2	5	1	1	1	3166608[illegible]	madre	Elizabeth Gulo R.
14	Mia Alejandra Garcia	1065653806	2	3	1	4		3166608[illegible]	Estudiante	Mia alejandra

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la Maternidad Segura y Saludable FECHA: 16/08/2024

RESPONSABLE: GRUPO PIC - Sexualidad Reproductiva

LUGAR: Las raices.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Paola Cantillo Martinez	1002916841	2	4	1	1	1	3004783784	Madre	Paola Cantillo M
2	Betsy Bolivas Chona	1067730332	2	4	1	1	1	3005502441	madre	Betsy Bolivas Chona
3	Patricia Gutierrez Torres	1047447310	2	4	2	1	4	3207230605	Madre	Patricia Gutierrez
4	Maribel Tovar Montalvo	49999012	2	4	4	3	4	3011246066	madre	Maribel Tovar
5	Maria Fabiola Chona H	49681187	2	6	1	1	1	3002502877	madre	
6	Magalis Cabana Hernandez	49733871	2	36	1	1	1	3166669999	madre	
7	Katerine Barbosa Varela J	1067814460	2	36	1	4	1	3126139996	madre	Katerine Barbosa
8	Estefani Vasquez D'Avila	1003238661	2	4	4	1	1	3040678318	madre	Estefanny Vasquez
9	Dayana Nava Barragan	1082970223	2	4	4	4	1	3133956311	madre	Dayana Nava
10	Andrea Gonzales Barbosa	26775783	2	4	2	3	1	3217440176	madre	Andrea Gonzalez
11	Santana Galvan Lucy	37171224	2	5	4	1	5	3126958069	madre	Lucy J santana
12	Anyelis rada calvadid	1065571797	2	4	1	1	1	3143236010		Anyeles Rada
13	Judith Beltran Garces	55139014	2	5	1	1	1	3106583011	madre	
14	Evelis Moreno Rodriguez	49777294	2	5	1	1	1	3167751[illegible]	Madre	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO GNECCO DAZA E.S.E.
Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad segura y saludable

LUGAR: Las raices RESPONSABLE: Grupo PIC - Sexualidad Reproductiva FECHA: 16/08/2024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Maria angelica ortiz Tovar	1007680416	2	5	1	4	4	3109185586	madre	
2	Yasneidis Garcia carrazco	1065531162	2	5	1	1	1	3243406282	madre.	Yasneidis Garcia C
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

Ruta de la maternidad



Segura y Saludable

Vamos a estar presentes
en el corregimiento de

Badillo

centro de salud

Este 22 de agosto de 2024

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

PIC

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD

SECRETRARIA LOCAL DE SALUD
E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024
INFORME DE ACTIVIDADES

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS				
LUGAR:	Corregimiento Badillo	**FECHA**	22/08/2024	**HORA INICIO**	8:00AM
				HORA FINAL	12:00AM

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	X	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**				
TEMA:	Promoción de la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia **"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".**								
OBJETIVO:	Garantizar que las mujeres en edad fértil y gestantes conozcan la ruta integral de atención materna perinatal, hacer adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación								
POBLACIÓN OBJETIVO:	Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa								

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones colectivas del Municipio de Valledupar, desde la Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos reproductivos se planeó, el desarrollo de la jornada de la maternidad segura y saludable para ser realizada en el territorio priorizado de Badillo, de acuerdo a lo previsto en la ficha técnica, lo que implicó hacer contacto con líderes del territorio, proceso descrito en el acta de concertación, y se estableció el sitio de realización del mismo, en el HEAD del corregimiento. Actividad liderada por Referente de DSDR del HEAD, Liliana Aguilar Caro, Maylenis Espitia, Auxiliar de enfermería. De igual forma se proyectó el mecanismo de búsqueda de la población sujeto de ser vinculada a la estrategia, como también se realizó difusión del evento en la comunidad y redes sociales.

De acuerdo con lo anterior, contamos con el apoyo de secretaria de Salud municipal, Grupo de APS , se realizó contacto con líderes del corregimiento ,se contó con el apoyo de SOCIOLOGÍA de cajacopi EPS, la presidenta de consejo comunitario, la inspección de policía, la líder ICBF del territorio, quienes desde su rol promocionaron el evento e invitaron a la comunidad a asistir, por parte de la líder de salud, se informó que en el corregimiento residen 4 mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, asistieron a la actividad 4 antes mencionadas.

Se desarrolló la actividad brindando atención médica y de higiene oral como también realización de citologías a las asistentes , se socializaron las intervenciones incluidas en la ruta integral de atención materno perinatal, iniciando con el abordaje de la valoración preconcepcional, resaltando la importancia de ésta, en la medida en que permite al profesional de la salud, determinar el riesgo reproductivo de la pareja que proyecta un embarazo, se hace énfasis en que se debe buscar el acompañamiento del personal de salud desde el momento en que se pensando en la reproducción, pues desde allí, se identifica en forma temprana, cualquier situación de la salud de la pareja, que deba ser atendida de manera previa para garantizar que el embarazo se desarrolle en las mejores condiciones y se logre tener una gestación con bajo riesgo biopsicosocial prenatal. En el evento en que todo se encuentre bien con la pareja, se requerirá aplazar por lo menos tres meses el embarazo, con el uso de un método anticonceptivo temporal, concertado de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS, para que la mujer, durante este tiempo, tome ácido fólico previo a embarazarse y, luego sí, iniciar el proceso de fecundación.

Seguidamente se aborda la intervención de Interrupción Voluntaria del embarazo, que hace parte de la Ruta Materno perinatal, que aunque representa una salida de la misma, se requiere atención por el talento humano en salud, se hace claridad de lo establecido desde el punto de vista jurídico a la luz de las sentencias C055 de 2022 y C355 de 2006, se hace énfasis en que se debe respetar las decisiones tomadas en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos, garantizando la autonomía reproductiva de la mujer que solicita la

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Dimensión Sexualidad derechos Sexuales y Reproductivos - Ruta materna. FECHA: 22/08/2024

LUGAR: HEAD Badillo RESPONSABLE: _____

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESAPOVILIDADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Leidys Sanca martinez	1003361708	2	5	4	1	1	3157448899	madre	leido martinez
2	Johana Campo Garcia	49723488	2	3	1	1	1	3168979[illegible]	madre	Johana campo
3	Andys Perez Ballesta	1063396214	2	3	2	4	6	3169073119	Estudiante	Andis Perez
4	Ingrid Pallares Merino	1065533906	2	5	4	4	1	3169073118	madre	Ingrid pallares M.
5	Daniela Gutierrez Cardenas	26778797	2	5	2	1	1	3168479469	madre	Daniela G c
6	Ladys Guerra Bolaño	1065846332	2	5	1	1	4	3157798836	madre	Ladys Guerra
7	Kelis Gonzales Garcia	1065596143	2	5	4	1	5	3116930810	madre	Kelis Gonzalez
8	Diviana Perez Barreto	1067247906	2	5	4	1	1	3188107188	madre	Diviana Perez
9	Ana Brito Reyares	1065640435	2	5	4	1	1	3156670113	madre	Ana Maria Brito
10	Luz Elena Gutierrez B.	49767735	2	5	1	1	1	3[illegible]56[illegible]	madre	Luz Elena Gutierrez
11	LAURIS Lorenzo mendoza	1067810532	2	39	1	1	1	3165224161	madre	LAURIS mendoza
12	Vicente Vega Paz	27001516	2	3	1	1	1	3172578[illegible]	Mujer	Vicente Vega
13	Estivlys Sierra O	1067616994	2	5	1	4	4	3188[illegible]	Cuidadora	Estivlys Sierra
14	Alix Lopez Guerra	1065[illegible]951	2	5	1	1	1	3246[illegible]311	madre	Alix Rosa Lopez

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad Segura y Saludable FECHA: 22/08/2024

LUGAR: HEAD RESPONSABLE:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Ana Mercedes Smith	1003316273	2	4	4	1	5	3162661748	madre	Ana
2	Ayis mileth Nuñez Cabider	1065892616	2	5	1	1	1	3152066878	madre	AYIS NUÑEZ
3	Yennis Martinez Contreras	1082313385	2	4	2	1	4	3186011881	madre	Yenis Martinez
4	Nelly Manrique Calderon	1.127652563	2	5	4	3	1	3146589960	madre	[illegible]
5	Lucy Villamizar Manrique	20368033	2	5	4	3	1	3146589960	madre	[illegible]
6	Laura Rodriguez Pombel	1067393643	2	4	1	4	1	3135324082	Estudiante	Laura Rodriguez
7	Yenis Manjarrez Meneses	26945695	2	5	1	1	1	3152647760	madre	Yenis Manjarrez
8	Nayara Duque Guillos	49780012	2	5	1	1	1	3106742484	madre C.	Yajaira duque G.
9	Andrea Manjarrez	1237340048	2	4	1	1	1	3177448557	madre	ANDREA MANJARREZ O.
10	Regina Mercedes Vega	49768501	2	5	1	1	1	3005940013	madre	Regina Vega
11	Mariela Ramos Florian	36641057	2	5	1	1	1	3185897860	madre	MARISELA RAMOS
12	Cindy Pinto Caballero	1065622641	2	5	1	1	1	3155252721	madre	Cindy Pinto C.
13	Darlys Herrera Aguilar	1067812132	2	4	4	1	5	3167067055	Madre	Darlys. H.
14	Katerine Vega Rivera	1003238962	2	4	2	1	1	3166688024	madre	Katerin Vega

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travestí, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad Segura y Saludable FECHA: 22/08/2024

LUGAR: Hefo Bachillo RESPONSABLE:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 25 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3.CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5.GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Dayanis Herrera Aguilar	1067594532	2	4	1	1	4	3113626880	Madre	Dayanis Herrera
2	Marlenys Guevara Cano	1081920413	2	5	4	1	1	3168826124	madre	Marlenys Guevara Cano
3	Kellys Lasquea Ferrer	1045713860	2	5	4	4	4	3174913263	madre	KELLYS ESQUEA
4	Kelly Romero Trangel	1010104226	2	5	1	1	1	3154591690	madre	Kellys Romero
5	Luisa Cano Villar	1193080 36	2	5	4	1	1	3226428580	madre	Luisa cano
6	Maria Fernanda Arroyo U	1065831519	2	4	1	1	5	3164315248	madre	Maria F. Arroyo U
7	Belkis Suarez Carrillo	1006733691	2	4	1	1	1	3154532407	madre	Belkis suarez
8	Maribeth Andrina Maldonado	1123591060	2	3	4	4	4	3154623169	madre	Maribeth Andrina M.M.
9	Idolina Castillo Patiño	26881329	2	5	4	4	1	3013391171	madre	idolina castillo
10	Iris Manjarrez Segovia	1065562980	2	5	1	1	1	3184564882	madre	Iris Manjarrez Segovia
11	Yerlenis Uplata Lopez	1065571071	2	5	1	1	1	3183387647	madre	Yerlenis Uplata Lopez
12	Sherlis Gallardo Arrieta	1050064512	2	5	1	4	1	3148119338	madre	Sherly Gallardo
13	Jose Alejandro Rangel D.	1213391986	1	5	1	1	1	3184469421	Estudiante	Jose Rangel
14	Nicanor Guerra Ochoa	5013739	1	6	1	1	1	3155157431		Nicanor Guerra

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
Servicio con calidad humana

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad Segura y saludable FECHA: 22/08/2024

LUGAR: HEAD Badillo. RESPONSABLE:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Wendy Nieto Rico	1065575186	2	5	4	4	1	3016324738	madre	Wendy Nieto R.
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Desarrollar quince (15) jornadas de salud dirigidas a gestantes y madres lactantes con intervenciones individuales (RPMS y RIAMP) y colectivas, se desarrollen acciones que promuevan la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia **"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE"**. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EPS en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según resolución 3280 de 2018.

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

Jornadas: jornadas de salud dirigidas a gestantes y madres lactantes con intervenciones individuales (RPMS y RIAMP) y colectivas, se desarrollen acciones que promuevan la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia "RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".

Objetivo: Busca garantizar que las mujeres en edad fértil y gestantes conozcan la ruta integral de atención materna perinatal, hacer adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación.

Además de promocionar de la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia **"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".**

Para el desarrollo de estas actividades fue necesario la realización de articulaciones con los actores involucrados así:

1. Reunión con lideres comunitarios, líder en salud, presidente de acción comunal, líder de EBAS, líder de ICBF, Medico SSO, Inspector de policía, de los corregimientos seleccionados.
2. Reunión con EPS del municipio de Valledupar.
3. Reunión lideres en salud y lideres sociales de ICBF

Las jornadas están dirigidas a Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa.

Las jornadas estuvieron a cargo de Referente de DSSR Liliana Aguilar, Fisioterapeuta, Auxiliar de enfermería, personal médico, personal de higiene oral del HEAD.

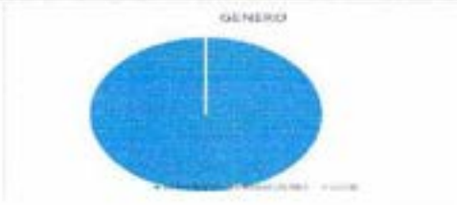
Durante el mes de AGOSTO se realizaron un total de 4 jornadas de la "RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".

JORNADA # 4
FECHA: 6 DE AGOSTO
HORA: 8:00AM
LUGAR: LOS CORAZONES

Actividad a cargo de la Referente DSSR del HEAD, Liliana Aguilar Caro, en apoyo del auxiliar administrativo, Mailenys Espitia.

Se realizó contacto con los líderes, se contó con el apoyo de inspectora de policía CECILIA DIAZ, se hizo la solicitud a las EPS ASMETSALUD, COOSALUD, NUEVA EPS, se informó que en el corregimiento se contó con la participación **de 50 personas**, de ellas 3 mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, no presentan riesgos con sus embarazos, cuentan con controles acorde al tiempo gestacional.

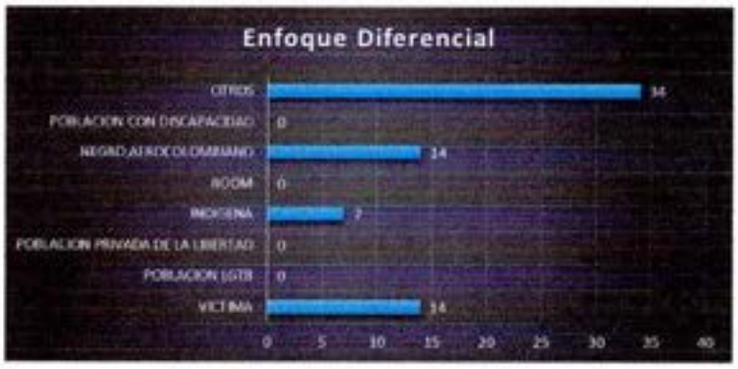
Se realizo intervención médica, fisioterapéutica y odontológica.



El 100% de la muestra corresponde al género femenino



La mayoría de la población se encuentra en la **Adultez** (26 personas), seguida de la **Juventud** (19 personas), 3 persona en vejez y 2 son adolescentes



Tanto las víctimas como la población negro/afrocolombiana tienen un número igual de 14 personas, lo que puede señalar que hay atención a estas poblaciones.

JORNADA # 5
FECHA: 15 AGOSTO
HORA: 8:00 AM
LUGAR: EL JABO

Se contó con el apoyo del equipo Básico de Salud de APS HEAD, liderado por la jefe Luz Guerra, inspección de policía, líder ICBF, quienes desde su rol promocionaron el evento e invitaron a la comunidad a asistir, por parte de la líder de salud, **participaron 38 personas.** En el corregimiento se encuentran cuatro (04) mujeres en estado de gestación, 3 lactantes, las cuales se encuentran en control y seguimiento. No presentaron alteraciones relacionadas con el embarazo

Se realizo intervención médica, fisioterapéutica y odontológica.

Recursos: Lugar adecuado para la realización del evento el corregimiento, Rompecabeza lúdico del tema, lapiceros, equipo logístico (micrófono – sonido- pendón del DSSR), kit del recién nacido, colchonetas, impresión de ruta materno perinatal en afiche y listado de asistencia.

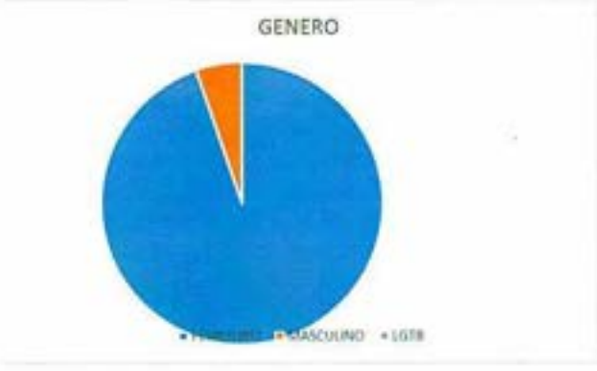
JORNADA # 5
FECHA: 15 AGOSTO
HORA: 8:00 AM
LUGAR: EL JABO

Se contó con el apoyo del equipo Básico de Salud de APS HEAD, liderado por la jefe Luz Guerra, inspección de policía, líder ICBF, quienes desde su rol promocionaron el evento e invitaron a la comunidad a asistir, por parte de la líder de salud, **participaron 38 personas.** En el corregimiento se encuentran cuatro (04) mujeres en estado de gestación, 3 lactantes, las cuales se encuentran en control y seguimiento. No presentaron alteraciones relacionadas con el embarazo

Se realizo intervención médica, fisioterapéutica y odontológica.

Recursos: Lugar adecuado para la realización del evento el corregimiento, Rompecabeza lúdico del tema, lapiceros, equipo logístico (micrófono – sonido- pendón del DSSR), kit del recién nacido, colchonetas, impresión de ruta materno perinatal en afiche y listado de asistencia.

CARACTERIZACIÓN ENFOQUE DIFERENCIAL



Dominancia Femenina: El 94.7% de la muestra es femenina, solo el 5.3% son hombre.



Predominio de la Juventud y Adultez:

- **Juventud** (47.4%) y **Adultez** (44.7%) combinadas representan el 92.1% de la población, lo que indica un enfoque predominante en estos grupos de edad.



Alta Representación de Víctimas: El 35% de la muestra se identifica como víctimas, lo que indica un enfoque en este grupo.

JORNADA # 6
FECHA:16 AGOSTO
HORA: 8:00AM
LUGAR: LAS RAICES

Se realizó contacto con: líder de EBS Alma Romero, líder de ICBF Luz Guerra Forelo, Medico SSO, Inspectora de policía Martha Oliveros Herrera, quienes desde su rol promocionaron el evento e invitaron a la comunidad a asistir, por parte de la líder de salud, **participaron 30 personas.**
En el corregimiento hay un total de tres (3) mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, seis (6) Lactantes, asistieron a la actividad todas en totalidad. No presentaban alteraciones relacionadas con el embarazo.
Se realizo intervención médica, fisioterapéutica y odontológica.
Recursos: Lugar adecuado para la realización del evento el corregimiento, Rompecabeza lúdico del tema, lapiceros, equipo logístico (micrófono – sonido- pendón del DSSR), kit del recién nacido, colchonetas, impresión de ruta materno perinatal en afiche y listado de asistencia.

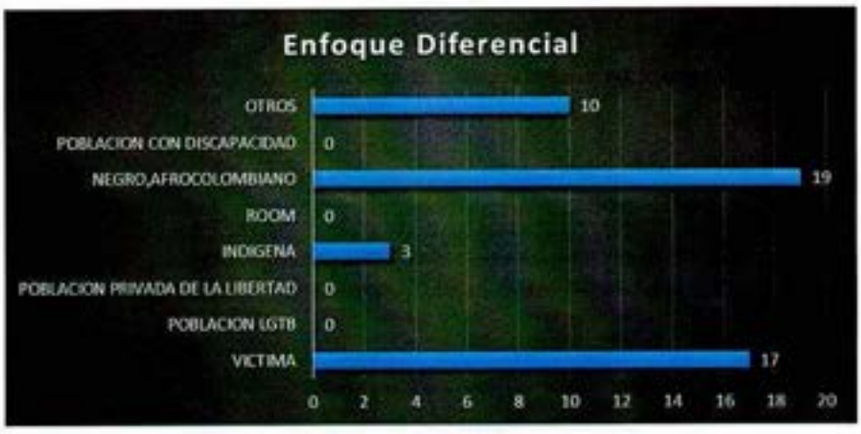
CARACTERIZACIÓN ENFOQUE DIFERENCIAL



Dominancia Femenina: El 100 % de la población es femenina.



Predominio de la Juventud: La **Juventud** (63.3%) representa la mayor parte de la muestra, lo que indica un enfoque fuerte en este grupo.

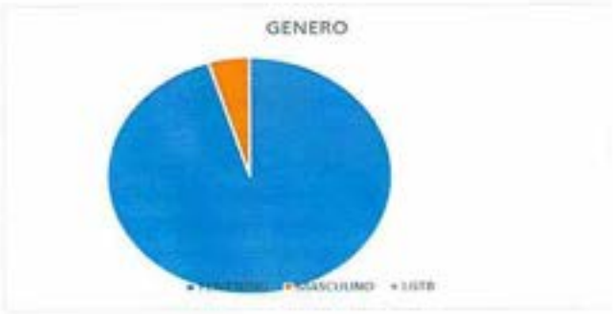


Alta Representación de Víctimas: Un 32.7% de la muestra se identifica como víctimas, lo que sugiere un enfoque significativo en este grupo.

JORNADA # 7
FECHA: 22 AGOSTO
HORA: 8:00AM
LUGAR: BADILLO

Se realizó contacto con: inspector de policía JEISON CASTILLA, presidenta consejo comunitario VICENTA VEGA, Líder ICBF LUZ GUERRA FARELO quienes desde su rol promocionaron el evento e invitaron a la comunidad a asistir, por parte de la líder de salud, **participaron 43 personas.**
En el corregimiento hay un total de cuatro (4) mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, (6) Lactantes, asistieron a la actividad todas en totalidad. No presentaban alteraciones relacionadas con el embarazo.
Se realizo intervención médica, fisioterapéutica y odontológica.
Recursos: Lugar adecuado para la realización del evento el corregimiento, Rompecabeza lúdico del tema, lapiceros, equipo logístico (micrófono – sonido- pendón del DSSR), kit del recién nacido, colchonetas, impresión de ruta materno perinatal en afiche y listado de asistencia.

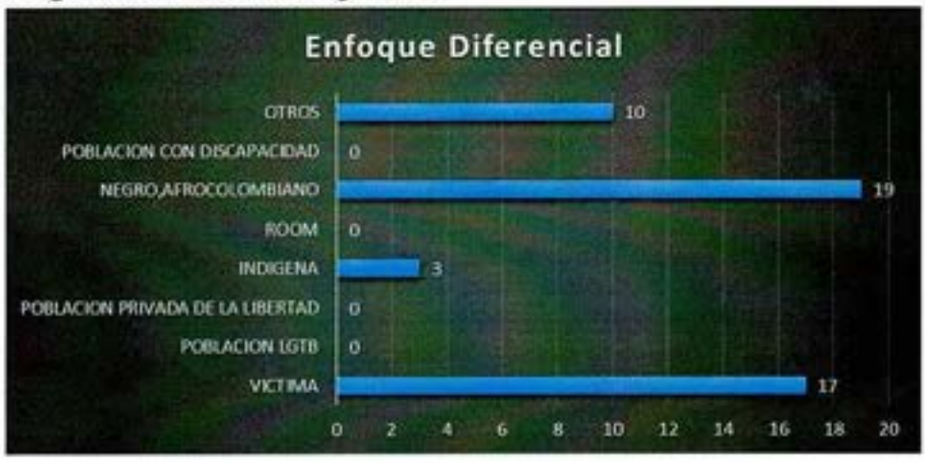
CARACTERIZACIÓN ENFOQUE DIFERENCIAL



La muestra está compuesta completamente por mujeres, con un 100% de representación femenina.



Predominio de la Juventud: La **Juventud** (63.3%) es el grupo más representado, indicando un enfoque significativo en este segmento.



Alta Representación de Víctimas: El 32.7% de la muestra se identifica como víctimas, lo que indica un enfoque significativo en este grupo.

Impacto: Todos los beneficiarios de las jornadas corresponden a padres, madres, gestantes y lactantes del corregimiento, en donde se concede el espacio para garantizar derechos en salud a mujeres y hombres en edad fértil y gestantes, con el fin de que conocieran la ruta integral de atención materna perinatal, se tuvo en cuenta la oferta de atención preconcepcional, captación de gestantes al control prenatal y socialización de la importancia de los controles durante el periodo de gestación. en temas como

- Ruta integral de atención materno perinatal.
- Valoración preconcepcional.
- Interrupción Voluntaria del embarazo.
- Métodos anticonceptivos.
- Intervención de atención en control prenatal.
- Importancia de la valoración en odontología
- Importancia de la atención en psicología.
- Importancia de la valoración nutricional

La estrategia se denominó **"CUIDA TU SEXUALIDAD"**

1.2. ANEXOS

- Acta de trabajo de la actividad realizada.
- Listado de asistencia
- Evidencia fotográfica (Fotos y videos, Entrega de kits y afiches.)
- Banner, perifoneo, publicación en redes.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar a los 18 días del mes de septiembre del 2024

BELKIS CORDOBA QUINTERO

Coordinadora Plan de Intervenciones Colectivas 2024

ACTIVIDAD

REALIZAR 380 TAMIZAJES; 280 PRUEBAS RÁPIDAS DE TAMIZAJE PARA VIH/SIDA, 50 PAR HB Y 50 PARA HC, EN POBLACIONES VULNERABLES PRIORIZADAS HOMBRE QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES, MUJERES TRANSGÉNERO, PERSONAS EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES, HABITANTE DE CALLE

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: CUAL?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Tamizaje - Dimensión Derechos Sexuales y Reproductivos

LUGAR: Bar El Manji RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 29/enero/2024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. 0-7 2. 8-12 3. 13-21 4. 22-45 5. 45-70 6. 71-90 7. 91-100	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Arelis Ospino Diaz	574424403	2	5	2	1	1	3043005327		
2	Gladys Acosta	49791479	2	5	4	4	1			
3	Jesus Fuentes Caballero	49778534	2	5	4	4	1	3114710512		
4	Gladys Gutierrez Incarte	1123591344	2	4	4	4	1	3124116859		
5	Jorge Lopez Penaloza	1065595191	2	4	4	4	1	3114264787		
6	Angie Pedra Bonilla	1065830014	2	4	2	4	1	3012107715		
7	Maylerling Villa J	1214469213	2	4	4	3	1	3128816150		
8	Luisana Chavez Gonzalez	49852603	2	4	4	3	1	3206053892		
9	Andrea Bonilla Sarabia	1003233117	2	4	2	4	1	3234558660		
10	Dayerlin Guzman Tovar	1193585494	2	4	4	3	1	3135354187		
11	Tatiana Final	24165314	2	4	4	3	1			
12	Yanileth Niño Varela	36711657	2	3	4	3	1	3052777162		
13	Evelin Paz Caval	1130654839	2	4	4	4	1	3107402330		
14	Joselin Infante Franquiz	27205442	2	4	4	3	1	3052855810		
15	Sindy Ortiz Molinet	1003316895	2	4	4	4	1	3124842464		
16	Leidy Gutierrez Incarte	49783817	2	5	1	4	1	3135002429		
17	Maria Carrillo Salcedo	1065160184	2	3	4	1	1			
18	Mirelemi Gonzales T	1118119115	2	4	4	3	1	3003961172		
19	Yuliana Sarabia	1124034282	2	5	1	1	1	3157152979		
20	Andrea Paz	50813604	2	5	4	3	1	3127195012		

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ REUNION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: CUAL?: ___

NOMBRE DEL EVENTO: Tamizaje - Dimensión Derechos Sexuales y Reproductivos.

LUGAR: Bar el Monji RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 29-08-2024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD 1. 0-7 2. 8-12 3. 13-21 4. 22-45 5. 45-70 6. 71-90 7. 91-100	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Mayuris Blanco Gutierrez	1192369791	2	4	4	4	1	3011026548		
2	Ana Ustariz	52779632	2	5	4	4	1	3133091968		
3	Dayana Rodriguez Perez	1733871?2	2	4	4	3	1	3178548461		
4	Carmen Liseth Espino Nuñez	1065630091	2	4	4	4	1	3006286289		
5	Angie Carolay Ochoa Blanco	30181144	2	3	4	3	1	3044610836		
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones colectivas del Municipio de Valledupar, desde la Secretaría Local de Salud, se proyectó jornada de salud integral de atención a la población de Mujeres en situacion de Prostitucion ,en articulación con Bar el MOJI a lo cual fue convocada la dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, vinculándose con la tamización en VIH, Hepatitis B y Hepatitis C, a la población asistente, que se reunió en el bar antes mencionado, en el día y la hora descritos en la presente acta.

Se inició con un abordaje amistoso y humanizado con las asistentes, informando que la actividad se estaba realizando por parte de la Alcaldía Municipal, la sectorial Salud y la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza, se prosiguió con una jornada de asesoramiento para pruebas voluntarias de VIH. Hepatitis B y Hepatitis C, resaltando la importancia de su realización, dado que conocer el diagnóstico, permite desplegar un andamiaje institucional hacia el tratamiento en aras de evitar las complicaciones, instaurando los apoyos diagnósticos y la complementación terapéutica de acuerdo a cada caso.

En este orden de ideas se realizó una sesión de asesoramiento colectiva por parte del profesional de ENFERMERIA, Y PSICOLOGIA que acompañó la jornada, incluyó un abordaje general de las enfermedades de Transmisión sexual con énfasis en VIH, HB y HC, a groso modo se explicó el modo de transmisión, síntomas, prevención, se abordó el proceso de ventana inmunológica y la necesidad de realizar de manera periódica, al menos durante un año a partir de una situación de riesgo, para descartar el contagio y por supuesto se enfatiza que después de ello, es indispensable el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales, además se hizo entrega de los mismos a los asistentes.

Así las cosas, dentro de los servicios prestados, se realizó un abordaje humanizado a los y las asistentes, con el fin de motivarlos a realizarse la prueba voluntaria, lo que incluyó orientación sobre conceptos básicos en sobre VIH, Hepatitis B y Hepatitis C, esto, en busca de generar reflexión y propender porque ellos logren optar por un cambio o inicien por hacer ajustes así sea en mínimas proporciones hacia la prevención. Es de resaltar, que en algunos casos se evidenció algo de apatía e indiferencia en la realización del procedimiento, se prosiguió con la realización de asesoramiento para la realización de la prueba voluntaria, resaltando la importancia de la misma, dado que, conocer el diagnóstico, permite desplegar un andamiaje institucional hacia el tratamiento en aras de evitar las complicaciones, instaurando los apoyos diagnósticos y la complementación terapéutica de acuerdo a cada caso.

Luego de realizar el asesoramiento se dio paso a la toma de muestra que se realizó teniendo en cuenta los principios éticos, de beneficencia, no maleficencia, autonomía, motivo por el cual se realiza la firma del consentimiento informado por parte de todos los presentes, adicionalmente se tienen en cuenta todas las medidas de bioseguridad para evitar contaminaciones o accidentes relacionados con la realización del procedimiento de toma de muestra y tamización , garantizando además un ambiente de dignidad, respeto y humanización, cumpliendo con todos los estándares necesarios para garantizar la confidencialidad y la calidad del proceso. Así las cosas, se adelantó el proceso con todas las personas que accedieron a realizarse la prueba voluntaria y se realiza la entrega de resultados en total normalidad.

En este sentido, es importante resaltar que se utilizaron Pruebas rápidas de VIH de tercera generación, de Hepatitis B en sachet individual y de Hepatitis C con woofer colectivo para todas las pruebas, se abordó una población total de 25 personas en condición de prostitución, a las que se le realizaron 25 tamizaje para VIH, 23 tamizaje para Hepatitis B y 23 tamizaje para Hepatitis C, para un total de 71 tamizajes a los participantes de la jornada. Es de resaltar que resulto 1 prueba positiva para VIH, la cual se encuentra afiliada a la Nueva EPS y fue reportada para la valoración integral, en articulación con la referente de la secretaria local de salud para la activación de la ruta.

TAMIZAJE	CANTIDAD
VIH-SIDA	25
HEPATITIS B	23
HEPATITIS C	23
TOTAL	71

Finalizada la jornada, se agradece a la población y se hace énfasis en la importancia de la prevención y el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales, el autocuidado es indispensable para evitar la transmisión de estas enfermedades de alto costo y la propagación de las mismas en la población. Así mismo se agradece a todo el equipo por el acompañamiento y al sacerdote líder de la parroquia las tres avemarías por el liderazgo que ha mantenido haciendo acompañamiento a esta población vulnerable del municipio de Valledupar, que dicho sea de paso es bastante fluctuante, pues salen y entran del territorio con mucha frecuencia, lo que potencializa el riesgo más allá de su condición social inherente a su grupo poblacional. Se cierra de manera exitosa.

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	P.I	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZDEF	CUIPCD	PCD	LACTANTE	GEST
HOMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUJER	0	0	3	15	7	0	3	3	0	19	5	0	8	12	25	0	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	3	15	7	0	3	3	0	19	5	0	8	12	25	0	0	0	0

BAR EL MOJI
FECHA: 29/08/2024

Jornada de tamizaje realizada en el Bar el MOJI del municipio de Valledupar desde la dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas vigencia 2024







BAR EL MOJI

FECHA: 29/08/2024

Jornada de tamizaje realizada en el Bar el MOJI del municipio de Valledupar desde la dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas vigencia 2024









ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME	Firma:	
	Nombre:	Liliana Aguilar Caro

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Angy Yoheli Wilhmith Silva, identificado(a) con documento Numero 21030672 EPS: Mocoa Eps certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Angy Wilhmith

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Ana Vehgara Hernandez, identificado(a) con documento Numero 5279632 EPS: Nueva EPS certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Ana Vehgara

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Dayana del Valle Rodriguez Perez, identificado(a) con documento Numero 17338192 EPS: NA certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Dayana Rodriguez

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: _____

Yo_____, identificado(a) con documento Numero _____ EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Tatiana Pino L

FIRMA DEL PACIENTE

_____

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto 9:20 am

Yo Ingrid Lopez Pardo, identificado(a) con documento Numero 1065795191 EPS: Nueva certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida intima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Ingrid Lopez

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Angie Paola Bonilla 1003083079, identificado(a) con documento Numero 1065830794 EPS: Dusakawi certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Angie Bonilla

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Andrea Carolina Bonilla Jaramillo, identificado(a) con documento Numero 1003233127 EPS: Dusakawi certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Andrea Bonilla

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Brycelin Dayana Gozman Toreano ; identificado(a) con documento Numero 1193585474 EPS: New Eps certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Evelin Ruiz Oval, identificado(a) con documento Numero 1130654839 EPS: Coosalud certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Evelin Ruiz

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Gladis Maria Gutierrez Idarte, identificado(a) con documento Numero 1127593448 EPS: Nueva Eps certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Gladis Gutierrez

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Mery Margret Peña, identificado(a) con documento Numero 49773690 EPS: Coosalud certifico que he leido o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Joselin Yamile Infante Amaya, identificado(a) con documento Numero 27205982 EPS: VA certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Joselin Infante

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Emilcemy del Carmen Ortega Bermudez, identificado(a) con documento Numero 27405951 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Emilcemy Ortega

FIRMA DEL PACIENTE

_____

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Leidy Ester Gutierrez Idrete, identificado(a) con documento Numero 49783817 EPS: Sanitas certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Leydis Gutierrez

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Mayerling Dayanth Uribe Pabon, identificado(a) con documento Numero 1214465213 EPS: Nueva EPS certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o **Hepatitis B** y/o **Hepatitis C**	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo María del Carmen Castillo Salcedo, identificado(a) con documento Numero 1065660187 EPS: Sanitas certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.



FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Zunilda Rosa Nuñez, identificado(a) con documento Numero 36711657 EPS: Sanidad Militar certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoria post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Zunilda Rosa Nuñez

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Archis Ospino Diaz identificado(a) con documento Numero 57442403 EPS: Aset Salud certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida intima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Cindy Paola Ortiz Molina, identificado(a) con documento Numero 1003316295 EPS: Salud total certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Sindis Ortiz

FIRMA DEL PACIENTE

Lina Pena M.D

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Kevin Armando Gonzalez Guerra, identificado(a) con documento Numero 1003314030 EPS: Coosalud certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Sandra del Carmen Arechon Muñoz, identificado(a) con documento Numero 21122118 EPS: Cap Gpl certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Sandra Arechon

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Carmen Liceth Ospino Nuñez, identificado(a) con documento Numero 1065630031 EPS: Cosalud certifico que he leído o me han leido el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Carmen Liceth Ospino

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 20 de Agosto

Yo Angie Geraldis Navas Blanco, identificado(a) con documento Numero 30181144 EPS: NA certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Ang P. Navas

FIRMA DEL PACIENTE

Gina Parra Mejía

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Yulmar Angel Simbon, identificado(a) con documento Numero 1124034282 EPS: Nueva Eps certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

27

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Wilmer Vanessa Chacon Gonzalez, identificado(a) con documento Numero 6882603 EPS: Nueva Eps. certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Maryuris del Carmen Bohorquez Cotera, identificado(a) con documento Numero 1192791387 EPS: Nueva Eps certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Adriana Ivon Ruiz, identificado(a) con documento Numero 30893609 EPS: Nueva Eps certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Adriana Ruiz

FIRMA DEL PACIENTE

Gina Parra Mejía

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Mitzeleny Gonzalez Pons, identificado(a) con documento Numero 1718915 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29 de Agosto

Yo Linda Carolina Ferreira Montiel, identificado(a) con documento Numero 25667868 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Linda Ferreira

FIRMA DEL PACIENTE

Lina Pana Mejía

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO FSC: PP-104 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Ana Velasquez Hernandez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

ana velazdez

Firma de quien da el consentimiento

Nombre ana velazdez

C.C. No 52779632 de: Bogota

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: _____

C.C. o Registro No: _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 004 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Angie Yoheli Villamizar S/a, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Angy villamizar

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Angy villamizar

C.C. No. 21030672 de venezuela

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 05A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Dayana del Valle Rodriguez Perez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Dayana Rodriguez

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Dayana

C.C. No.: 17.338.192 de: Venezuela

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: _____

C.C. o Registro No: _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No: _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CÓDIGO: FSC - PP - 004 PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Tatiana Paola Final, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Tatiana Final

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Tatiana Final

C.C. No. 24.965374 de Venezolana

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 004 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Ingrid Johana Lopez Penaloza, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Ingrid Lopez Peñaloza

Firma de quien da el consentimiento

Nombre INGRID JHOANA

C.C. No. 1065595191 de Valledupar

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CÓDIGO FSC: PP - ISA PÁGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Angie Paola Bonilla Jacanamijoy, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

- Angi Bonilla

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Angi Paola Bonilla

C.C. No. 1065830074 de Ipiales

Firma de quien realizó la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. ó Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 004 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Andrea Carolina Bonilla Jacanamejoy, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Andrea Bonilla
Firma de quien da el consentimiento

Nombre Andrea Bonilla

C.C. No. 1003233127 de Valledupar

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. ó Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Dayerlin Dayana Garcia Tordoya, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoria pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoria y que según su compromiso recibiré una asesoria post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Dayerla guerra

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Dayerla guerra

C.C. No.: 1193585474 de: MONTERIA

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de _____

Firma del medico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - ISA PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Evelin Ruiz Canal, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

EVELIN RUIZ CANAL

Firma de quien da el consentimiento

Nombre EVELIN

C.C. No. 1130 654 834 de CALI

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre

C.C. ó Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre

C.C. ó Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 03A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Gladys Maria Gutierrez Idarte, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoria pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoria y que según su compromiso recibiré una asesoria post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Gladys Gutierrez
Firma de quien da el consentimiento

Nombre Gladys Gutierrez

C.C. No. 1122593468 de Colombia Vpr

Firma de quien realizó la asesoria

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. ó Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 004 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Mery Marquez Riño, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Mery Marquez R.
Firma de quien da el consentimiento

Nombre MERY MARQUEZ R.

C.C. No. 49 773 690 de VALLEDUPAR

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO FSC: PP - 006 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Joselin Yarimar Infante Aranguren, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Joselin Infante
Firma de quien da el consentimiento

Nombre Joselin Infante

C.C. No. 27205942 de Venezuela

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre

C.C. o Registro No. de

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre

C.C. o Registro No. de

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 05A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Emilianis del Carmen Ortega Bermudez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Emilianny Ortega
Firma de quien da el consentimiento

Nombre Emilianny Ortega

C.C. No. 27405451 de Valledupar

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre

C.C. ó Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre

C.C. ó Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 004 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Leidy Ester Gutierrez Duarte, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Leydis Gutierrez
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Leydis Gutierrez

C.C. No.: 49783817 de: valledupar

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO FSC: PP - 05A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo. Mayerling Dayanth Villa Pabon, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

mayerling Villa

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Mayerling Villa

C.C. No. 1214469213 de Valledupar

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO FSC: PP-105 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Mara del Carmen Castillo Salcedo, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X]  NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Mara del Carmen Castillo

C.C. No.: 1065660187 de: Valledupar.

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre:

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre:

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO FSC: PP - 05A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Zunilda Rosa Niño Ysles, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Zunilda Rosa Niño Varela
Firma de quien da el consentimiento

Nombre Zunilda niño varela

C.C. No. 36711657 de Astrea Cesar

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del medico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre

C.C. ó Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 05A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Adis Ospino Diaz, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Adis O

C.C. No. 57149203 de Stta. Marta

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No.: _____ de _____

Firma del medico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No.: _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 05A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Cindy Paola ortiz Molina, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [x] NO [ ]

Sindis ortiz

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Sindis ortiz

C.C. No. 1003316295 de Valledupar

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2010 CODIGO FSC: PP - 006 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Kevin Armando Gonzalez Iscarro, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Kevin Armando Gonzalez
Firma de quien da el consentimiento

Nombre KEVIN Gonzalez

C.C. No. 100314030 de Valledupar

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 05A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Sandra del Carmen Arenados Muñoz, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Sandra Arenados

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Sandra Arenados

C.C. No. 21.127.118 de Venezuela

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre

C.C. o Registro No. de

Firma del medico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre

C.C. o Registro No. de

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 004 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Carmen Liceth Ospino Nuñez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoria pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoria y que según su compromiso recibiré una asesoria post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

CARMEN LICETH OSPINO NUÑEZ
Firma de quien da el consentimiento

Nombre CARMEN OSPINO

C.C. No. 1.065630031 de VALLEDUPAR

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 03A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Angie Arabu Nwai Blanco, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Angi Navas
Firma de quien da el consentimiento

Nombre Angi Navas Blanco

C.C. No. 30181144 de Venezuela

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del medico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre

C.C. ó Registro No.: _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Linda Carolina Fonseca Montiel, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Linda Fonseca

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Linda Carolina Fonseca Montiel

C.C. No. 25.667868 de Venezuela

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. ó Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 09A PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Yulimar Angel Sanabria, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Yulimar Angel Sanabria O.

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Julio Angel Sanabria Ospino

C.C. No. 1124034782 de: Maicao

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No. _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Marquris del Carmen Pinto Gutierrez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Marquris

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Marquris

C.C. No. 1192791367 de OVEJAS SUCRE

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 05 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo Adriana Lucia Ruiz, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

ADRIANA RUIZ
Firma de quien da el consentimiento

Nombre ADRIANA RUIZ

C.C. No. 50893604 de Montería

Firma de quien realizó la asesoría

Nombre

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CÓDIGO: FSC - PP - 05 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Mitzeleny Gomez Torres, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre MITZELENY GONZALEZ

C.C. No. 17.181.915 de UVALANA

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA** **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y/O C

Yo, Wilson Ernesto Chavez Gonzalez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre-prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre Rusara Vanea Chávez

C.C. No. 6882603 de Venezuela

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. o Registro No. _____ de _____

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de Inicio: 09 16 (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: 49175513

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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: 39460569 11. Fecha de nacimiento: 19 84 08 14 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Perales 13. Segundo apellido: Pallares 14. Primer nombre: Juana 15. Segundo nombre: Patricia
16. Dirección residencia: Call 18A Bis #35-85
16.1 Barrio: La Victoria 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: 3046091110
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 [ ] 20.6 Tecnológic [x] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 13
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [x] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 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 [x] 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) [x]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [x] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (Código Dec. 1083 de 2015)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 17 # 12-44
31.1 Barrio: Loperena 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: 01
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 [x] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo.
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 [x] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años: 36.2 Meses: 02
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 [ ] 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? Salud total
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? 42 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura? 164 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 52)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 00 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 61) [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 ☑ 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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. (Pase pregunta 88) ☑

87. ¿Cuales de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio o ocupación? (Marque 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 llamas	
				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: 926

Nombre del Encuestado: +Juan Pedales.

CC+39460569

Firma del Encuestador: Fanlory leyva ordóñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20240830 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0940 (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: 49717513

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: Cesar (Tabla)
7. Municipio de residencia: valledupar (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: 1117549357
11. Fecha de nacimiento: 19980101 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mendoza
13. Segundo apellido: chirco
14. Primer nombre: Anguie
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia:
16.1 Barrio: las Acacias
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: 04
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular: 3204783023
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 [ ] 20.2 Primaria completa [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.6 Tecnológico [ ] 20.7 Universitario incompleto [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.9 Ninguna [X] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 12
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 01
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 [X] 26.8 Otro [ ] 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 Metalmecánico [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (registre solo un oficio)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: calle 17 Nr 14
31.1 Barrio: loperena
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: 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 ¿Cual? usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar varias 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 tiene menos de 1 año, escribir en años) 36.1 Años: 00 36.2 Meses: 06
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? 05
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 [✓] 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Ningún 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. 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 ? 57 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 150 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 54)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 00 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 63) [ ]
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 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 [ ] 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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 [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 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)	X
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		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.)	X
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Picaduras o mordeduras		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			
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 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 latex		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 llamas	
				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? (servicio 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 manejo de residuos líquidos y sólidos? 95.1. Si ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 952

Nombre del Encuestado: Angie Mendoza

CC 1117549357

Firma del Encuestador: Francisco Leyva Ordóñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 (A A A A) 08 (M M) 30 (D D)
2. Hora de inicio: 09 (H H) 55 (M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 4719513

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: CESAR [tabla]
7. Municipio de residencia: VALLEDUPAR [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: 1065576863
11. Fecha de nacimiento: 2005 (A A A A) 11 (M M) 02 (D D)
12. Primer apellido: Camarillo
13. Segundo apellido: Miranda
14. Primer nombre: Jehavan
15. Segundo nombre: David
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Villa Rosario
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: 3146632507
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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [ ] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 01
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 [X] 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) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cual 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 [X] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (antes Dec. 1661 de 1994)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 17 # 13-43
31.1 Barrio: Caitan
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 [X] 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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años [ ] 36.2 Meses 07
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 [X] 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? Caja Copi
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 ? 161 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) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basico, 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 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 [ ] 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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 [X] 84.3 Poco seguro [ ] 84.4 Muy inseguro [ ]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO 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.)	X
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)	X
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)	X	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 [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					
87.5.1 Guantes de latex	X	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 barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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	X

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 [X] 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 [X] 91.2. No [ ]

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) 92.1. SI [X] 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 [X] 95.2. No [ ]

Hora de terminación: 10:08

Nombre del Encuestado: Jehoyan David Camacho M.

CC: 1065576863

Firma del Encuestador:

4

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 (A A A A) 08 (M M) 30 (D D)
2. Hora de inicio: 10 (H H) 09 (M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 49719513

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: valledupar (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: 1065816439
11. Fecha de nacimiento: 1995 (A A A A) 05 (M M) 13 (D D)
12. Primer apellido: Jaramillo
13. Segundo apellido: Diaz
14. Primer nombre: Silvia
15. Segundo nombre: Juliana
16. Dirección residencia: Trans 24 - # 19 - 05
16.1 Barrio: Andoduro
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: 3004637918
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 [ ] 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 Otra [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 13
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 01
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 [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 28) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 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?
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 17 # 13 - 43
31.1 Barrio: Guitaca
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 multiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (La información de trabajo se marca a 1 año, escribir 0 en ese) 36.1 Años [ ] 36.2 Meses 09
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 [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. [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? 62 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura? 161 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana la practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día la practica? 00 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) [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 61) [ ]
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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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 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, abentados, de orden público, etc.)	✓
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o extrementos		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 latex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos quimicos liquidos	
87.5.2 Guantes de fibrilo		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 barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Linea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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 liquidos y sólidos? 95.1. SI ✓ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 10:17

Nombre del Encuestador: Cristina Jaramillo

cc 1065016139

Firma del Encuestador: Francoys Leyva Ordoñez

5

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 09 30 (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: 1667595686

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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: 1065596415
11. Fecha de nacimiento: 1988 04 01 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Rocha
13. Segundo apellido: Rodriguez
14. Primer nombre: Andres
15. Segundo nombre: Ricardo
16. Dirección residencia: Conjunto Cerrado Leandro Diaz
16.1 Barrio: Leandro diaz
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: 3015938231
17.2 Teléfono nuevo
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 [ ] 20.2 Primaria completa [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.6 Tecnológic [X] 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 [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 01
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 [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 28) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 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 ¿Cual?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1743 de 1994)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 17 #1 12-65
31.1 Barrio: loperena
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u 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 [X] 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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escribir 0 en años) 36.1 Años 13 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 [X] 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? 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 ? 64 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 175 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 52) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana la practica? 1 2 3 4 5 [X] 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 02 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 [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, basoca, 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 [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [X]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros 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 psiquiatra? 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 ☒ 69.3.1 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	X
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		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 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.)	X
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	X	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 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 con 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 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 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 barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Linea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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 liquidos y sólidos? 95.1. Si ☒ 95.2. No ☐

Hora de terminación: 910

Nombre del Encuestador: Andres Ricardo Rocha - 1065596415

CC:

Firma del Encuestador:

6

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11 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: 1067595686

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: Cesar [tabla]
7. Municipio de residencia: valledupar [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: 1067594303
11. Fecha de nacimiento: 2002 04 04 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Romo
13. Segundo apellido: Guzman
14. Primer nombre: Maria
15. Segundo nombre: guadalupe
16. Dirección residencia: Carrera 22 - # 24 - 25
16.1 Barrio: 1ro 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: 3243094267
17.2 Teléfono recibo
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 [ ] 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 Otra [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 13
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántas 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 [X] 26.8.1 ¿Cuál? Uing
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 28) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 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. 2163 de 2012)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Call 17 # 13-22
31.1 Barrio: loperana
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 [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo de ejercicio es menor a 1 año, escribir 0 en años) 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? 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? coosalud
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? 65 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura? 166 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 51)
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 ☒ 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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	X	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, (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.)	X
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	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			
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 latex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos 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 barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Linea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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 como actuar? 89.1. SI ☒ 89.2. No ☐

90. En caso de presentarse una emergencia, ¿cuenta con equipo para atenderla? (puede marcar más de una)

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 lavamanos) 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: 1:40

Nombre del Encuestado: María Rojo – 1067594303

CC:

Firma del Encuestador:

7

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 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: 1067595686

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: cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: valledupar (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: 57140637
11. Fecha de nacimiento: 1985 01 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Bustamante
13. Segundo apellido: villa
14. Primer nombre: yolmaris
15. Segundo nombre: Milena
16. Dirección residencia: cll 28 # 4
16.1 Barrio: villa Rosario
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: 3225507607
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 [X] 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: 07
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyuge [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
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? NNG
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizado (pase pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pase pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (registre literal)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: calle 17 # 12-65
31.1 Barrio: loperena
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? USUFRUCTO
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar varias 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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si menos de un año registre en años con decimales) 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? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 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. Excepción 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 [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? 68 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura? 153 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO, (pase pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana la practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día la practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No, (pase 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 [X] 56.2. No, (pase pregunta 59)
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, (pase 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 (pase pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio, otras molestias) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☒

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, ansiedad, tensiones familiares, otras) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☒

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 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 ☒ 69.4 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	71.13.1 ¿Cuál?
71.1 Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del trauma, del ahogo, o otro relacionado con el ambiente envenenamiento 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 Otra, especifique (Pasar a la pregunta 72.1)			

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

Partes del cuerpo 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 73.1.1)			
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 movimiento			
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 sustancias			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 74.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 76)

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 Otra ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejó 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 discapacidad? 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 actividad 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 actividad u ocupación: (Marque 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, 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 extra, 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	X	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, abentados, de orden público, etc.)	X
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	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			
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		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 llamas	
				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: 1020

Nombre del Encuestado: Yolmaris Bustamante - 57140637

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARIAS OSORIO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01/01/16 al 31/12/2021

¿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:** 20240830 (A A A A M M D D) 2. **Hora de inicio:** 0920 (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:** 1067515686

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:** Cesar [Valle]
7. **Municipio de residencia:** valledupar ✓ [Lista]
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 1065808070 11. Fecha de nacimiento 19861212 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Meneses 13. Segundo apellido de la hoz 14. Primer nombre Ingris 15. Segundo nombre J
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Emanuel 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 3046777567
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 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: 08
22. **¿Es usted cabeza de familia?** 22.1 SI ☒ 22.2. NO ☐ 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie ☐ 23.2 Con el cónyuge ☒ 23.3 Con otros ☐
24. **¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?** 03 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? NIÑA
27. **¿En qué condición se encuentra usted actualmente?** 27.1 Desplazado ☐ 27.2 Desmovilizado (pasar pregunta 29) ☐ 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) ☒
28. **¿Cuál fue el motivo del desplazamiento?** 28.1 Violencia sociopolítica ☐ 28.2 Desastre natural ☐ 28.3 Cambio climático ☐ 28.4 Otro ☐ 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. **¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?**
29.1 Agricultura ☐ 29.2 Ganadería ☐ 29.3 Pesca ☐ 29.4 Silvicultura ☐ 29.5 Minería ☐ 29.6 Comercio ☒ 29.7 Manufactura ☐
29.8 Artesanía ☐ 29.9 Construcción ☐ 29.10 Metalmecánica ☐ 29.11 Transporte ☐ 29.12 Otra ☐ 29.12.1 ¿Cuál?
30. **Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación?** (máximo dos oficios)
31. **Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación:** calle 16 con 14
31.1 Barrio loperena 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 varias 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?** (Indique tiempo en años y/o meses) 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 ☐
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? 11
40. **¿Cuántos días trabaja a la semana?** 1 2 3 4 5 X 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. Excepción 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?**

SALUD Y CONDICIONES DE VIDA

48. **¿Cuál es su peso ?** 91 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 186 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, bazuco, 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, accidente o alguna dolencia) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☒

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 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 mencionadas? 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 habituales, indique la causa que le impidió realizarlas:

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☒ 69.4 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, cuál 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 alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarre muscular, hernia o laceraciones de músculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima o otro relacionado con el ambiente (enfermedad 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, cuál? (pasar a 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 Tonax			72.10. Múltiples partes			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales o otras. (pasar a la pregunta 73.1)			
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 movimiento			
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 sobreesfuerzos			
			73.16 Otro. (pasar a la pregunta 74.0.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 76)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con su 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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐☐☐ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (marcar una sola)

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 discapacidad? 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 o ejecuta sus actividades, 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 o actividades (marque en la opción total)

85.1. PELIGROS FÍSICOS	85.2. PSICOSOCIALES
85.1.1. Ruido (de impacto, intermitente, continuo)	85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, cargo, 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, 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 (turnos, 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	X	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.2 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.)	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		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	X		
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 llamas	
				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: 9:30

Nombre del Encuestado: Angis Meneses de la Hoz – 1065808570

CC

Firma del Encuestador:

La salud es de todos

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20240830 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1030 (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: 1067595686

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: Cesar [tabla]
7. Municipio de residencia: valledupar [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: 1065819216 11. Fecha de nacimiento: 1995 05 27 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Castro 13. Segundo apellido: paramo 14. Primer nombre: Liliana 15. Segundo nombre: patricia
16. Dirección residencia: Etapa I toue 16 API 501
16.1 Barrio: Leandro Diaz 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: 3022719709
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 incompleto [ ] 20.9 Ninguno [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológico [ ] 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 familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyuge [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02 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 [X] 26.8.1 ¿Cuál? NING
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizado (pase pregunta 28) [ ] 27.3 Ninguno (pase pregunta 29) [ ] 28.3 Cambio climático [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 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? (registre solo un oficio)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Call 17 # 15 - 74
31.1 Barrio: loperena 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 [ ] 33.4 Otro [X] 33.4.1 ¿Cuál? usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (puede marcar varias 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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si tiempo de trabajo es menor a 1 año registre meses) 36.1 Años 01 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. Excepción 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? cajacopP
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? 153 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (pase pregunta 51)
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. (pase 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 [X] 56.2. No. (pase 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. (pase pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, bazuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (pase pregunta 61) [ ]
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 psiquiatra? 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 ☒ 69.3.2 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 84)

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 alergia			
71.3 Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del clarines, del clima u otro relacionado con el envenenamiento 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 Tórax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
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 Arrapamiento			
73.5 Ambiente de trabajo incluye superficies de tránsito y trabajo, movibles			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
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 sus combustiones			
			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 76)

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 discapacidad? 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	X	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.)	X
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	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			
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		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 llamas	
				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: 10:40

Nombre del Encuestado: Liliana Castro - 1065819216

CC:

Firma del Encuestador:

10

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01/01/2016 al 31/12/2021

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

En caso negativo, procede a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12 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: 1067595686

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: cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: valledupar (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: 1065847474 — 11. Fecha de nacimiento: 1998 02 12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mendoza — 13. Segundo apellido: Gutierrez — 14. Primer nombre: Liliana — 15. Segundo nombre: Marcela
16. Dirección residencia: Cra 30 #19 34
16.1 Barrio: 1 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: 3202933573
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 incompleto [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológico [ ] 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 familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyuge [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00 — 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizado (pase pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pase pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 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? (pregunta, DAFO 2024)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 16 con carrera 14
31.1 Barrio: loperena — 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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si tiempo de ejercicio es menor a 6 meses pase a pregunta 37) 36.1 Años: 02 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación la 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? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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 [X] 43.3. Contributivo 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? caja copi
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 ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (pase 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. (pase 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. (Pase pregunta 59)
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. (Pase pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, bazuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pase 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 psiquiatra? 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 ☒ 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 alergia			
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 otros. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	X
85.3.2 Bacterias	X	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.)	X
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)	X	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)	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		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 llamas	
				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.

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: 12:20

Nombre del Encuestado: Liliana Mendez - 1065847474

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20240830 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1050 (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: 1067956886

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: Cesar [tabla]
7. Municipio de residencia: valledupar [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: 1067807133
11. Fecha de nacimiento: 20001118 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Rodriguez 13. Segundo apellido: salinas 14. Primer nombre: Maria 15. Segundo nombre: Alejandra
16. Dirección residencia: calle 12 # 12-75
16.1 Barrio: oasis 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: 3169356189
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 Universitaria incompleta [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitaria completa [ ] 20.10 Otra [ ]
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 familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyuge [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro o/o mulato [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otra [X] 26.8.1 ¿Cuál? wins.
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizado (pasa pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasa pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otra [ ] 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? (pregunta abierta)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio o ocupación: calle 17 H 16 64
31.1 Barrio: Loperena 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 [ ] 33.4 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? usaquecto
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar multiples 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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Sumatoria de trabajo en meses o años, aproximado de ser el caso) 36.1 Años 01 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 [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 [X] 43.3. Excepción 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 [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? 155 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pase 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. (Pase 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 [X] 56.2. No. (Pase 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. (Pase 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. (Pase 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 o otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☒

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

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

69.3 Enfermedad común ☒ 69.4 Enfermedad relacionada con su oficio o ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido un 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	71.13.1 ¿Cuál?
71.1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 Torcedura, esguince, desgarro muscular, herida o laceración (en de músculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del ruido, del clima u otro relacionado con el ambiente/envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Electrocución o electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto mucho de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 Lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 72.0.0)			

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

Partes del cuerpo afectado	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 Tórax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones sistémicas u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
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 Golpes, 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 movimiento			
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 explosivos			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 74.0.0)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 76)

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 dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Pregunta de selección múltiple)

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 relacionado con su oficio u ocasionó le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☒

83. ¿Qué tipo de discapacidad le fue ocasionada? 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 vigilancia, 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, 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	X	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.)	X
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	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			
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		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 llamas	
				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: 11:00

Nombre del Encuestado: Maria Rodriguez — 1067807133

CC:

Firma del Encuestador:

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01/01/2021 al 31/12/2021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20240830 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1150 (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: 1067595686

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: Cesar [tabla]
7. Municipio de residencia: Valledupar [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: 1066879602
11. Fecha de nacimiento: 20020103 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Maldonado
13. Segundo apellido: Hoyos
14. Primer nombre: Ana
15. Segundo nombre: Sofia
16. Dirección residencia: Urbi carmelo MZ E casa 15
16.1 Barrio: Urb Casa Carmelo 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: 3073848908
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 incompleto [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyuge [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizado (pase pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pase 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? (mayor tiempo dedicado)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: calle 17 # 12 - 72
31.1 Barrio: loperena 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? usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (puede marcar ambas 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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si tiempo de trabajo es menor a un año marcar en años) 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? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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. [X] 43.3. Categorizado 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? 155 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (pase 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. (pase 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 [X] 56.2. No. (pase 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. (pase 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. (pase pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

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 triste de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio o algún síntoma) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☒

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, nerviosismo, problemas familiares, etc.) 64.1 SI ☐ 64.2 NO ☒

65. En los últimos 6 meses, ¿Ha asistido a consulta con médicos o psicólogos? 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? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 27.3 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 labores 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 ☒

69.4 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, cual lesiones le ocasionó? (marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.10.1 ¿Cuál?
71.1. Fractura			71.9 Conmoción			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento / intoxicación aguda o sobredosis			
71.3 Torcedura, esguince, desgarro muscular, herida o laceración de músculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente/envenenamiento o intoxicación aguda o sobredosis			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Otras lesiones no especificadas			
71.7 Trauma Superficial			71.15 Lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otra, cuál? (Pasar a pregunta 72)			

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 Miembros inferiores			
72.2 Ojos			72.8 Pies			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9. Múltiples partes del cuerpo			
72.4 Torax			72.10. Sistémico (Pasar a pregunta 73)			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones no clasificadas en otra parte			
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 (agente)	SI	NO	72.12.1 ¿Cuál?
73.1 Maquinas y/o equipos			73.8 Calor o explosión			
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, incendios			73.12. Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
73.6 otros agentes no clasificados incluye animales vivas 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 y sustancias			
			73.16 Otra, (pasar a pregunta 74)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 76)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente relacionado 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? (marcar en la siguiente tabla)

79.1 Grupo organizado de trabajadores (sindicato) ☐ 79.2 El trabajador una 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 alguna enfermedad en trámite de reconocimiento como enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☒ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionado con su oficio u ocupación le dejó algún grado de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84)

83. ¿Qué tipo de discapacidad le dio? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desempeña su trabajo 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 trabajo (marque con una X)

85.1. PELIGRO FISICO

85.1.1. Ruido (de impacto, intermitente, continuo)

85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)

85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)

85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)

85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)

85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)

85.1.7. Radiaciones no ionizantes (luz, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)

85.2. PSICOSOCIAL

85.2.1. Gestión organizacional (estilo organizacional, comunicación, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)

85.2.2. Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)

85.2.3. Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo)

85.2.4. Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de vigilancia, participación, control y autonomía, claridad de rol, monotonía, etc.)

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)

85.2.6 Jornada de trabajo (duración, pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)

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	X	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.)	X
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	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			
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 Cubrecalvas 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 llamas	
				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: Ana Maldonado - 1066879602

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12 53 (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: 49717513

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO ☑ 5.2 SI ☐ 5.2.1 Cual?
6. Departamento de residencia: CESAR [tabla]
7. Municipio de residencia: valledupar [tabla]
8. Clase de municipio 8.1 Capital 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: 1067729412
11. Fecha de nacimiento: 1998 03 05 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Alvarado
13. Segundo apellido: Argote
14. Primer nombre: Aldair
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: calle 17 # 20 - 3
16.1 Barrio: pangon
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: 3002754548
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M ☑ 18.2 F ☐
19. ¿Cual 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1. SI ☑ 22.2. NO ☐
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 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 29) ☐ 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) ☑
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica ☑ 28.2 Desastre natural ☐ 28.3 Cambio climático ☐ 28.4 Otro ☐ 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura ☐ 29.2 Ganadería ☐ 29.3 Pesca ☐ 29.4 Silvicultura ☐ 29.5 Minería ☐ 29.6 Comercio ☑ 29.7 Manufactura ☐
29.8 Artesanía ☐ 29.9 Construcción ☐ 29.10 Metalmecánica ☐ 29.11 Transporte ☐ 29.12 Otra ☐ 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (desde Dic. 2023 de 2024)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 17 # 12 - 26
31.1 Barrio: loperena
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? usufructo
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, escribir 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses ☐☐
37. Su oficio u ocupación la 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? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 ☑ 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? Cajacopi

HÁBITOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso? 68 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 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? ☐☐☐ meses
55. ¿Cual el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume Tiqui? 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 consumes 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 [✓] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 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)	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)	X
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		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.)	X
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)	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			
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 latex		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 frio	
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 Linea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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: 10 8

Nombre del Encuestado: Aldair Alvarado

CC: 1067929412 Firma del Encuestador: FRANCNORYS LEYVA.

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARIAS LONDOÑO DATA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

CARACTERIZACIÓN DE LA ENCUESTA

1. **Fecha de aplicación de la encuesta:** 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 40 (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:** 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. **¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales?** 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cual?
6. **Departamento de residencia:** Cesar (lista)
7. **Municipio de residencia:** Valledupar (lista)
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: 1065575625
11. Fecha de nacimiento: 2004 09 02 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Montero
13. Segundo apellido: gonzalez
14. Primer nombre: EDILBERTO
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: cll 259 # 44-21
16.1 Barrio: Santa rita
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: 3126283426
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 incompleto [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 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 [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyuge [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. **¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?** 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
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 ¿Cual? Ning
27. **¿En qué condición se encuentra usted actualmente?** 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizado (pase pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pase pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. **¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio o 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 ¿Cual?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (registre uno, máximo dos)
31. **Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación:** calle 17 con carrera 14,
31.1 Barrio: loperara
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 ¿Cual?
34. **¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?** (Puede marcar varias opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [X] 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 [X]
36. **¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación?** (Si lleva menos de un mes anote 1 año, con cero meses) 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? 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. 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?** Salud total
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?** 1 74 centímetros
50. **¿Desarrolla alguna actividad física?** 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pase pregunta 52)
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. (Pase 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 [X] 56.2. No. (Pase 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. (Pase pregunta 60) [ ]
59. **¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, bazuco, cocaína, otras):**
60. **¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras?** 60.1 Si [X] 60.2. No. (Pase pregunta 62) [ ]
61. **¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?** 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena Y 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio o otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO X

64. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud mental? (tristeza, depresión, nerviosismo, problemas familiares, etc.) 64.1 SI ☐ 64.2 NO X

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? 00 días

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

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 habituales, ¿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 Y 69.4 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? (Marque en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71.1 Fractura			71.9 Conmoción			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del clima, del ruido u otro relacionado con el ambiente como envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Hernia			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 Lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro, cuál es el nombre EXACTO			

72. ¿Qué partes del cuerpo resultaron afectadas por el accidente relacionado con su oficio o ocupación? (Marque 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 o sitio. Pasar a la pregunta 73.1.1			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fue la causa que le ocasionó el accidente relacionado con su oficio o ocupación? (Marque 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 Golpe de personas			
73.2 Medios de transporte			73. 9 Golpeado 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. Sobreesfuerzos, esfuerzo excesivo o falso movimiento			
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 explosivos			
			73.16 Otro. Pasar a la pregunta 80.1.1			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio o ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO Y (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 o 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 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 algún tipo de enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO Y 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó algún tipo de discapacidad? 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 es: 84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro Y 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación (Marque una o varias opciones)

85.1. PELIGROS FÍSICOS

85.1.1. Ruido (de impacto, intermitente y continuo)

85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)

85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)

85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío) Y

85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)

85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)

85.1.7. Radiaciones no ionizantes (luz, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)

85.2. PELIGROS PSICOSOCIAL

85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, gestión, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios) X

85.2.2. Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)

85.2.3. Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)

85.2.4. Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de vigilancia, definición de roles, monotonía, etc.)

85.2.5. Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, autonomía, autoconcepto y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)

85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)

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)	X
85.3.2 Bacterias	X	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, abentados, de orden público, etc.)	X
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	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	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 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 llamas	
				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: 9:45

Nombre del Encuestado: Eliberto Gonzales - 1065575625

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 (A A A A) 02 (M M) 20 (D D)
2. Hora de inicio: 0930 (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: 1067596886

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: valledupar (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: 77169832
11. Fecha de nacimiento: 1972 (A A A A) 04 (M M) 22 (D D)
12. Primer apellido: Alhernia
13. Segundo apellido:
14. Primer nombre: Hiroldo
15. Segundo nombre: Rafael
16. Dirección residencia: M2 22 casa 23
16.1 Barrio: Bello horizonte
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: 3022823914
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 [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: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 00
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? Wing
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 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: cll 14 con cll 16
31.1 Barrio: loperena
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 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 [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] Salud total
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 ? 68 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.57 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, 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 [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros 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 psiquiatra? 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 alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceracion 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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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 realizacion 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	X	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	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			
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) [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 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 llamas	
				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 [X]

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 más de una opción)

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 [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: 120

Nombre del Encuestado: Hitoldo Rafael Alhemia - 77169832

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12:50 (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: 1067595686

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: Cesar [tabla]
7. Municipio de residencia: Valledupar [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: 1065594925
11. Fecha de nacimiento: 19870111 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Hernandez
13. Segundo apellido: fragozo
14. Primer nombre: Illiana
15. Segundo nombre: Margarita
16. Dirección residencia: calle 30 # 6Bis 02
16.1 Barrio: los mayales
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: 3003911887
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 [ ] 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: 07
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 00
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? Ninguno
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. 1363 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: calle 16 con Krr 14
31.1 Barrio: Loperena
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 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 trabajo 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 [ ] 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 ? 63 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 152 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 ☒ 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 psiquiatra? 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 ☒ 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 alergia			
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, conusión 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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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, 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 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	X	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.)	X
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	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			
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		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 llamas	
				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 0 0

Nombre del Encuestado: Liliana Hernandez - 1065594425

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 04 13 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12:10 (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: 1067595686

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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 1003202568
11. Fecha de nacimiento 24/02/1991 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Fragozo
13. Segundo apellido Garay
14. Primer nombre Eduardo
15. Segundo nombre Elias
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Los Mayales
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 3122852019
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 familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 00
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? UPN9
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 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 Cll 16 # 12-68
31.1 Barrio La Perena
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u 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 [X] 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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 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? 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? 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 ? 63 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 ☐ 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 psiquiatra? 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 ☒ 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 76)

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 discapacidad? 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.)	X
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)	X	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) 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 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 llamas	
				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: 12:40

Nombre del Encuestado: Eduardo Fragozo - 1061320258

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 (A A A A) 04 (M M) 30 (D D) 2. Hora de Inicio: 01 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: 1067695686

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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 26915801 11. Fecha de nacimiento 19 (A A) 50 (M M) 07 (D D) 21
12. Primer apellido Navarro 13. Segundo apellido Valle 14. Primer nombre Elva 15. Segundo nombre Rosa
16. Dirección residencia Cll 34A # 6 Bis 35
16.1 Barrio los Mayales 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 3015727515
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 [ ] 22.2. NO [X] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 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 [X] 26.8.1 ¿Cuál? N.A.S.
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 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. 1069 de 2015)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Calle 16 con Carr 14
31.1 Barrio Loperena 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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 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 [ ] 42.2. NO [ ] 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 [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 ? 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 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 [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☒

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha ocasionado? 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	X	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.)	X
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 llamas	
				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 otras 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 o ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Incluya a 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, ¿realiza tratamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. Si ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 01:41

Nombre del Encuestado: Elvia Navarro - 26918801

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 55 (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: 49717513

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clave 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: 1065587262
11. Fecha de nacimiento: 2003 10 11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Herazo 13. Segundo apellido: Segovia 14. Primer nombre: Ivana 15. Segundo nombre: Karina
16. Dirección residencia: Call 5A # 44 - 12
16.1 Barrio: Nevada 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: 3224978015
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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI ☑ 22.2. NO ☐ 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 01
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 Ninguno ☐ 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? Forzoso

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. 1661 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Calle 17 # 12 - 47
31.1 Barrio: La Parena 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 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? usufructo
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, escribir 00 en años) 36.1 Años 01 36.2 Meses 08
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? 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 ☑ 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? 94 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura? 158 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? 00 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 ☑ 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 psiquiatra? 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 ocupadón ☐

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 alergia			
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 multiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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 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)	X
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		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.)	X
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)	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			
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 latex		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 llamas	
				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 o 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: 11 D

Nombre del Encuestado: Ivana HERAZO

CC 1065587262

Firma del Encuestador: fernando Leyva Ordúñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/09/30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:18 (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: 49717513

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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 1081809979
11. Fecha de nacimiento 1995/10/28 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Varela
13. Segundo apellido Varela
14. Primer nombre Herner
15. Segundo nombre Alfonso
16. Dirección residencia Calle 17 Kr 12-47
16.1 Barrio Loperena
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 3215908428
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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el conyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
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 [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolitica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [X] 28.4.1 ¿Cuál? Furzos O

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 [X] 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. 1353 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Calle 17 Kr 12- 47
31.1 Barrio Loperena
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? Ambulante
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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escribir 0 en años) 36.1 Años 12 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? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 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? famisanar
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 ? 77 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 157 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? 00 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 consumo 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 [X] 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 ☑ 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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 con la equis (x) SI/NO)

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.	X	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 barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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.

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 [X] 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: 11:51

Nombre del Encuestado: HEINER ALFONSO VALERO

CC: 1081804994

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 04 23 10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:53 (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: 49717513

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: CESAR (tabla)
7. Municipio de residencia: VALLEDUPAR (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 75723035 11. Fecha de nacimiento 19/12/1984 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Avila 13. Segundo apellido Gonzalez 14. Primer nombre Jaider 15. Segundo nombre De Jesus.
16. Dirección residencia Cll 7 # 20 - 43
16.1 Barrio Dangon 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 3216172785
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 [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: 08
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 01
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 [X] 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) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [X] 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 17 Kra 12
31.1 Barrio Loperena 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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? Ambulante
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 [X] 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, escriba 0 en años) 36.1 Años 18 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? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 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 [X]

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 [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 ? 78 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 75 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? 00 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, bazuco, 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 ☑ 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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.	X	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 barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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.

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: 12:10

Nombre del Encuestado: Jaider avila

CC: 7573035

Firma del Encuestador: Jaider S. Vega Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 (A A A A) 04 (M M) 30 (D D) 2. Hora de inicio: 12:15 (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: 57175713

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: CESAR (tabla)
7. Municipio de residencia: VALLEDUPAR (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: 1064725778
11. Fecha de nacimiento: 19991003 (A A A A M M D D) 92
12. Primer apellido: Santos
13. Segundo apellido: Martinez
14. Primer nombre: Maryirineth
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Cr 21 # 24 - 05
16.1 Barrio: 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: 01
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular: 3113406621
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 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: 13
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [✓]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 00
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: Calle 17 #12-44
31.1 Barrio: Loperena
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: 01
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años [ ] 36.2 Meses 05
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 [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 [✓] 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? ASMET SALUD
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 ? 64 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 [✓] 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 01 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 [✓] 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 psiquiatra? 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 Otra ☐

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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	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)	X
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		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.)	X
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)	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	
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		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 llamas	
				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: 12:28

Nombre del Encuestado: Maryirineth. Santos.

CC: 1064725978

Firma del Encuestador: fanneris leyva ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12 39 (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: 49719313

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: CESAR (tabla)
7. Municipio de residencia: VALLEDUPAR (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: 1065830402
11. Fecha de nacimiento: 1986 07 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: ANAYA
13. Segundo apellido: MONTERO
14. Primer nombre: ELIASID
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: 3017306524
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 [ ] 20.2 Primaria completa [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.6 Tecnológic [X] 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 [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 01
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 [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizado (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1543 de 2002)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 17 # 12-52
31.1 Barrio: Loperena
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: 01
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo es inferior a 1 año, escribir 0 en años) 36.1 Años: 01 36.2 Meses: 06
37. Su oficio u ocupación la 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 [X] 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. Excepcuado 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? 76 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura? 173 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 52)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 [X] 5 6 7
52. ¿Cuantas horas al día lo practica? 02 horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 52.2. 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) [X]
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 psiquiatra? 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 ☐ 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	X
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		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.)	X
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)	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			
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		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 llamas	
				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: 12:51

Nombre del Encuestador: Eliasid Anaya

CC: 1065830402

Firma del Encuestador: Eliasid Anaya Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 (A A A A) 08 (M M) 30 (D D)
2. Hora de inicio: 01 (H H) 09 (M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [✓] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 49717513

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: CESAR (tabla)
7. Municipio de residencia: VALLEDUPAR (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: 1065642012
11. Fecha de nacimiento: 1992 (A A A A) 02 (M M) 19 (D D)
12. Primer apellido: Meneses
13. Segundo apellido: Pinerez
14. Primer nombre: Yuranis
15. Segundo nombre: Yised
16. Dirección residencia: cll 18E # 18
16.1 Barrio: San Martin
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: 3002200842
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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1. SI [✓] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 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 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 Otra [ ] 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?
31. Dirección en donde vive: Dirección donde ejerce su oficio u ocupación: calle 17 # 12-28
31.1 Barrio: Loperena
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: 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? usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?
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? 36.1 Años: 00 36.2 Meses: 03
37. Su oficio u ocupación la realiza de manera: 37.1 Ocasional [ ] 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? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 [✓] 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. Excepción 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 [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? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 51)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 00 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) [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 [✓] 60.2 NO. (Pasar pregunta 61) [ ]
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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.16.1)			

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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	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)	X
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 soldadora 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 latex		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 llamas	
		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 más de una)

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 ☑ 96.2. No ☐

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

Hora de terminación: 12 1

Nombre del Encuestado: Yuranis Meneses.

CC: 1065642012

Firma del Encuestado: Fanmarys Leyva Adarme

La salud es de todos

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

HEAD

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20240830 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1110 (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 encuestado: 1067595686

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: CESAR (Tabla)
7. Municipio de residencia: VALLEDUPAR (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: 1065583447
11. Fecha de nacimiento: 19801225 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Maldonado
13. Segundo apellido: HOYOS
14. Primer nombre: Maria
15. Segundo nombre: De Jesus
16. Dirección residencia: MZ B CASA 15 ETAPA
16.1 Barrio: Urb Casa Camelo
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: 3043848908
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 Técnica [ ] 20.7 Universitario incompleto [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológico [ ] 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 [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyuge [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizado (solo para mayores de 28) [ ] 27.3 Ninguno (para mayores de edad 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 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?
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 17 #1 12 72
31.1 Barrio: Loperena
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? Un solo cuarto
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar varias opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Servicio de Internet [ ] 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 es menos de un año, registre en meses) 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? 02
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [X] 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. Excepción 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? 62 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura? 175 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pase pregunta 52)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [X] 6 [ ] 7 [ ]
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 02 horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pase 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. (Pase pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia la 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. (Pase pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, bazuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de lácteos y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO (Pase pregunta 61) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [ ] 61.2. Semanal [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☒ 63.2 NO ☐

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 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 ☐ 67.6 Ninguno ☐ 67.7 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. (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 alergia			
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 ambiente(envenenamiento 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 ruidoso de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 Lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			

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 Tórax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales o otras. (Pasar a la pregunta 73.11.1)			
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 movimiento			
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 radiofrecuencia			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 74.1.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☒ (Pasar pregunta 76)

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 Consultoría particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejó de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marcar en la siguiente tabla)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El propio 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 usted se encuentra 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 relacionada con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 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 desempeña 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 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 vigilancia, definición de roles, monotonía, etc.) ☒
85.1.5. Presión atmosférica (normal o 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	X	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.)	X
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	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			
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		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 llamas	
				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 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: 11:20

Nombre del Encuestado: Maria Maldonado - 1065583447

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 03 30 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 10 18 (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: 49713513

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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: 1003179018
11. Fecha de nacimiento: 2001 03 23 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Jimenez
13. Segundo apellido: Hoyos
14. Primer nombre: Andrea
15. Segundo nombre: Marcela
16. Dirección residencia: Transv 24 # 16 E 53
16.1 Barrio: Fundadores
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: 04
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3502237177
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 [ ] 20.2 Primaria completa [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.9 Ninguna [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 19
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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 [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 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) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ] 29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según los días de la)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 17 H 13 42
31.1 Barrio: Gaitan
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: 01
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 [X] 33.3.1 ¿Cual? usufructo
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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escribir 0 y el mes) 36.1 Años: 00 36.2 Meses: 08
37. Su oficio u ocupación la 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? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 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 [ ] 43.4. Especial [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado [X]
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 [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? 153 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 51)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 00 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) [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 61) [ ]
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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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 frio)	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)	X
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		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.)	X
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)	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 Sísmico			
85.7.2 Tormenta			
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) 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 Gorra 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 latex		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 llamas	
				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.

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 o ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) 92.1. Si ☐ 92.2. No X

93. En su opinión ¿el agua que consume en 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: 1030

Nombre del Encuestador: Andrea Jimenez

CC 1003317018 Fanconeys Leyla Ordoñez

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 30 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 46 (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: 49 717 513

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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 1003235197
11. Fecha de nacimiento 2002 01 09 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Almanza
13. Segundo apellido Mestre
14. Primer nombre Margarita
15. Segundo nombre Isabel
16. Dirección residencia Cra 35A # 16A2 45
16.1 Barrio Villa Mondonge
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 04
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3003231592
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 [ ] 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1. SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 01
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 [X] 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) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 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 cll 16B # 13 41
31.1 Barrio
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad Soperena.
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna 01
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 01 36.2 Meses 02
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? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 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? Coosalud
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 ? 175 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? 00 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) [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 ☒ 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 ambienterenvenenamiento 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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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	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		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.)	X
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)	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			
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		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 llamas	
				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 hacinamiento de residuos líquidos y sólidos? 95.1. Si ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 10:50

Nombre del Encuestado: Margarita Almanza

CC: 1003335197

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 29 (A A A A M M D D) 2. Hora de Inicio: 11 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: 1067595686

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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: 49779646
11. Fecha de nacimiento: 19 65 11 12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Barandica 13. Segundo apellido: Maldonado 14. Primer nombre: Zunda 15. Segundo nombre: Luz
16. Dirección residencia: Cll 26 a # 47-20
16.1 Barrio: Oasis 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: 3046777567
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 [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 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: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el compañer [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizado (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cual?

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? (pasar a pregunta 32)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cr 14 calle 16 a
31.1 Barrio: Loperena 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? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (puede marcar más de una opción)
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, escribir 0 en años) 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. Excepción 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 [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? 152 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 [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4 Ocasional [X]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☒ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	X
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		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 Bacterias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Ricketsias		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Picaduras		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? (Marque 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 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 antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadora de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadora 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 llamas	
		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 más de una opción)

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: 1130

Nombre del Encuestador: WZ Zunida Barandica - 49779646

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012024 al 31122024

¿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 24 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 11 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: 1067595686

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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: 49757274
11. Fecha de nacimiento: 19 61 09 18 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Florez
13. Segundo apellido: Pabon
14. Primer nombre: LIDIA
15. Segundo nombre: Esther
16. Dirección residencia: MZ 1 CAS 8
16.1 Barrio: tierra prometida
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: 3216431638
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: 04
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 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 [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [X] 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: carrera 14 calle 16 a
31.1 Barrio: loperena
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escribir 0 en años) 36.1 Años 02 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación la 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? 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? cogacopi
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 ? 68 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 156 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 [ ] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [X]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	X
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		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	X
85.3.2 Bacterias	X	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, abentados, 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	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			
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. (Pase pregunta 88) X

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marque 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 Latex		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 llamas	
		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

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 en 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: 1110

Nombre del Encuestado: lidia florez - 49757274

CC

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 29 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 10:20 (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: 1067595686

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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: 1065659143
11. Fecha de nacimiento: 19931080 7 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Arceniega
13. Segundo apellido: Avila
14. Primer nombre: Ronald
15. Segundo nombre: Andres.
16. Dirección residencia: Carrera 3 #25-03
16.1 Barrio: villa castro.
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 [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 Tecnologic [ ] 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 familia? 23.1 Con nadie [10] 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? 01
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? Lima
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizado (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 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: carrera 14 calle 16a
31.1 Barrio: loprenen
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u 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 [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Tel/ Sino 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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escribir 0 en años) 36.1 Años 10 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? 10
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 [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 ? 74 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 51)
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 [ ] 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 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 [X]

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 [X] 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 nóvivas 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 realiazación 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 discapacidad? 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 [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 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)	X
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		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		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.)	X
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 (orgánicos, inorgánicos)	
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			
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? (Marque 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 llamas	
		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: 1030

Nombre del Encuestado: Ronald Arciniega-1065659143

CC:

Firma del Encuestador:

30

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

HEAD

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 29 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12 40 (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: 1067595686

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: valledupar (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 1193536957
11. Fecha de nacimiento 2 0 0 1 0 7 1 9 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Barros
13. Segundo apellido Cordoba
14. Primer nombre Joela
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia MZ 3 C 7 AP 1
16.1 Barrio Nazareth 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 3228452389
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 escalaridad?
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 Tecnologic [ ] 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 [ ] 22.2. NO [X] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 00
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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desnovillad (pasar pregunta 28) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación?
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Carrera 14 calle 16 a
31.1 Barrio Loperena 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u 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 multiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [X] 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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escribir 0 en años) 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? 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 [ ] 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? Coyaowpi
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? 164 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 51)
51. ¿Cuántos días a la semana la practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día la 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 y 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 [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basico, 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 ☒ 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	Y
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 frio)	Y	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		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	X
85.1.2 Bacterias	X	85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.1.3 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)	
85.1.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.1.5 Parasitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.1.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.1.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.1.8 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	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			
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 Gorra 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 latex		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 frio	
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 Linea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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 más de una)

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: 1250

Nombre del Encuestado: Jocla barros Cordoba - 1192536957

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20240829 (A A A A M M D D)
2. Hora de Inicio: 12 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 encuestado: 1067595686

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: Cesar [tabla]
7. Municipio de residencia: Valledupar [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: 1001409182
11. Fecha de nacimiento: 20000626 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gomez
13. Segundo apellido: Duque
14. Primer nombre: Saray
15. Segundo nombre: Daniela
16. Dirección residencia: cr 35 #1 12 21
16.1 Barrio: 12 Octubre
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cual 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 familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 01
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? Ding
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 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 Res. 1565 de 2014)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Carrera 14 calle 16a
31.1 Barrio: Loperena
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [X] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar multiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [X] 34.5 Teléfono movil [X] 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 u ocupación? (Si el tiempo es menor a 1 año, escribir en años) 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? 10
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 [ ] 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? COOMEVA
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 ? 64 Kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 159 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 [ ] 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, basicos, 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 [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros 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 psiquiatra? 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 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	X
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		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, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		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 Cubrecabellas 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 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 latex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos 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 barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Linea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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 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, ¿emite algún vertido de residuos líquidos y sólidos? 95.1. SI ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 1230

Nombre del Encuestador: Yuray Daniela Gomez - 1001400832

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20240829 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1140 (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: 1067595686

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: valledupar (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: 7574433
11. Fecha de nacimiento: 19831101 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: valencia
13. Segundo apellido: Rodriguez
14. Primer nombre: NONO
15. Segundo nombre: de Jesus.
16. Dirección residencia: MZ C casa 1
16.1 Barrio: V. 06B.
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: 3116833279
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: 10
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 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 [X] 26.8.1 ¿Cual? Nin
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [X] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cual 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. 1083 de 2015)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: crr 14 cll 16a
31.1 Barrio: loporena
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar la multiples 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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si el tiempo es menor a 1 año, escribir 0 en años) 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 [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 excepcion [ ] 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? 80 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura? 175 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 54)
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 consumio 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 [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 73.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	X
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 cualitutivas 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	Y	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.)	X
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	X		
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. (Pase 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 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 Garro 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 latex		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 frio	
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 Linea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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, ¿con cuál con equipo para atenderla? (Puede marcar una o varias)

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

90.5. Ninguna Y

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: 1150

Nombre del Encuestado: Mario de Jesus Valencia - 2574433

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 29 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 23 (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: 49779513

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: valledupar (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 1067591744
11. Fecha de nacimiento 2004 09 16 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Perez
13. Segundo Apellido Vides
14. Primer nombre Stefani
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia MZ 6 casa 4 - A1
16.1 Barrio Tobias Daza
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 3017103178
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 [ ] 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 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? 00
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 [X] 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 28) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación?
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación calle 16 # 7H 13-35
31.1 Barrio Loperena
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escribir en años) 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? 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 [ ] 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 ? 61 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? 00 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 61) [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 61) [ ]
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 psiquiatra? 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 alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceradi(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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	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)	X
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		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	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		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			
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		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 llamas	
				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 atenderlo? (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: 939

Nombre del Encuestado:

cc: 1067591744 Firma del Encuestador: Fonchoiys Loyra Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 29 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 42 (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: 49717513

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: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (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 77187495
11. Fecha de nacimiento 19 06 11 31 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rodriguez
13. Segundo apellido Villero
14. Primer nombre Jose
15. Segundo nombre Ricardo.
16. Dirección residencia M2 30 casa 21
16.1 Barrio Bellavista
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 3003549829
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 [ ] 20.2 Primaria completa [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.8 Universitario complete [ ] 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 [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 03
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?
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Call 16 n #13-57
31.1 Barrio Loperena
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 01
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? 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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? 36.1 Años 25 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 [ ] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [X]

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? Salud total
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 ? 170 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 51)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 [X] 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 02 horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [X] 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? 007
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 ☒ 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 psiquiatra? 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 ☐ 603.3 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	Y	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	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		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	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		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			
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) [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 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 llamas	
				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.

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: 9:53

Nombre del Encuestado: X

cc 77187495

Firma del Encuestador: Fanneryz Leyva Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 29 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 57 (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: 49713513

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: CESAR (tabla)
7. Municipio de residencia: VALLEDUPAR (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: 1065843331
11. Fecha de nacimiento: 1998 08 31 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Escorcia
13. Segundo apellido: Trujillo
14. Primer nombre: Mack
15. Segundo nombre: Enrique
16. Dirección residencia: MZ 2 CASA 1
16.1 Barrio: Nuevo Colombia
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: 07
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3245381928
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: 10
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1 SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyuge [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizado [ ] 27.3 Ninguno [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climatico [ ] 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 ¿Cual?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación?
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: call 16 A #13
31.1 Barrio: Loperena
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: 01
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación?
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 [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? 36.1 Años: 10 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? 10
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. Excepcion 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? cayacopi
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? 84 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura? 173 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pase pregunta 51)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 [X] 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 02 horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pase 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. (Pase pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [X] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pase 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. (Pase pregunta 63) [ ]
63. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 63.1. Diario [X] 63.2. Semanal [ ] 63.3. Quincenal [ ] 63.4. 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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)	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)	X
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)	X
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)	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	
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 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 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 Linea de vida		87.8.5 Contra calor y llamas	
				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: 1005

Nombre del Encuestado: Mack Escorcia T.

CC 1065843331

Firma del Encuestador: [signature]

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 08 29 (A A A A M M D D) 2. Hora de Inicio: 11 19 (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: 40717513

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: CESAR (tabla)
7. Municipio de residencia: VALLEDUPAR (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: 1003262341
11. Fecha de nacimiento: 2001 03 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: TRILLOS
13. Segundo apellido: CASIRO
14. Primer nombre: MARIA
15. Segundo nombre: ALEJANDRA
16. Dirección residencia: CALLE 34 #25-70
16.1 Barrio: EL PRADO
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: 3013554298
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 [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incompleto [ ] 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: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 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? 01
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 [X] 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. 1661 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: C1 16 A Kr 14
31.1 Barrio: La Perena
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: 01
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 [X] 33.3.1 ¿Cuál? USufructo
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 [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (si ha trabajado de manera no continua a lo largo de su vida, contabilice solo el tiempo efectivamente trabajado) 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? 10
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? Mutualser
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 ? 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? 00 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) [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. 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 psiquiatra? 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 alergia			
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 72.11.1)			
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 movimiento			
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 discapacidad? 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 llamas	
				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: 11:28

Nombre del Encuestado: María Isabel Ramos Tejada Orozco

CC: 1003267341

Firma del Encuestador: