ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

ETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la Maternidad Segura y Saludable

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 11/10/2024

LUGAR: Guacoche

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	Editta Villero Ustariz	49736052	2	6	1	1	1	3138130177	Ama de casa	Editta Villero
2	Melanis Sierra Manjarrez	1128106040	2	4	1	4	5	3001397880	Ama de casa	Melanys Sierra
3	Dadila Yury Correa Madrid	1065604693	2	3	1	1	1	3028641018	Ama de casa	Dadila Yury Correa
4	Yuleth maria villero V.	49717773	2	5	1	1	1	3152046125	Ama de casa	Yuleth villero
5	Genis Marquez Pardo	1065808590	2	5	1	4	1	3156210289	Ama de Casa	Gany Marquez
6	Carmen Oriana Tovar R.	49533512	2	4	4	3	1	3225414143	Ama de casa	Carmen
7	Rosa clara Bermudez R	36440198	2	6	1	1	1	3185668421	Ama de casa	Rosa Bermudez
8	Enerlith Noriega	1065664281	2	5	1	1	1	3109110798	Ama de casa	Enerlith Noriega
9	Sara Bermudez Pardo	47773441	2	5	1	4	1	3218816569	Ama de casa	Sara Bermudez
10	Yadis Guillen Marquez	1065594885	2	5	1	1	1	3217491301	Ama de casa	Yadis Guillen
11	Laura Daniela Romero G	1066870886	2	4	1	1	—	3215374132	Ama de casa	Laura romero
12	Ledys Barros Villero	1198369107	2	5	1	1	4	3217103639	Comerciante	Leidi Pedro
13	Olga Romero Ustariz	49741083	2	6	1	1	1	3177086644	Ama de casa	Olga
14	Norlenis Junco Bermudez	1065582099	2	5	1	1	1	3253590109	Ama de casa	Norlenis Junco
15	Delsy Pantoja Nuñez	1068883085	2	3	1	1	4	3502275199	Ama de casa	Delsy pantoja
16	Belkys Vanegas Bula	49778683	2	5	1	1	1	3156095519	Ama de casa	Belkis Bulavegas
17	Robert Romero Romero	77171630	1	5	1	1	1	3206159136	Ama de casa	Robert
18	Oriana Castilla Tancel	1067910651	2	4	1	4	—	3025518260	Ama de casa	Oriana Castilla
19	Luney Linen Junco	1052730211	2	5	4	1	1	3185584135	Ama de casa	Luney Linen
20	Esilda Villero Vanegas	1067910063	2	5	1	1	1	3225430728	Ama de casa	Esilda Villero

*(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

ETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
F___DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la Maternidad Segura y Saludable

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA 11/10/2024

LUGAR: Guacoche

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	Encarnación Castillo N.	26917967	2	5	1	1	1	3145699557	Ama de casa	[illegible]
2	Dannexi Castilla Chinchia	1198501911	2	5	1	4	1	3172578850	Ama de casa	Dannexi C.
3	Maniel Maria Chinchia	1065604168	2	4	1	1	—	3186443095	Ama de casa	Maniel Chinchia
4	Nayibis Fragoso Pedroza	1065587326	2	5	1	4	4	3184886101	Ama de casa	Nayibis Fragoso
5	Yanelis Carmona Jaramillo	1063950826	2	4	4	1	4	3206064434	Ama de casa	Yanelis Carmona
6	Paola Pertuz Mendoza	1065690498	2	5	1	1	5	3174301012	Ama de casa	Paola Pertuz.
7	Rosa I Romero Pardon	1065852612	2	4	1	1	1	3235268072	Ama de casa	Rosa [illegible]
8	Marelys Chinchia Moron	1065811458	2	4	1	1	1	3115438764	Ama de casa	Marelys Chinchia
9	Adnalys Bermudez R.	1065655708	2	5	1	4	1	3213536583	Ama de casa	Adnalis Bermudez
10	Yenitis Churio Moreno	1065594259	2	5	1	1	1	3233106420	Ama de casa	Yenitis Churio
11	Nailys Noriega Pinto	1066864627	2	4	1	1	1	3127015828	Ama de casa	Nailys Noriega
12	Maria Churio Castilla	1062641788	2	5	1	2	1	3023919457	Ama de casa	Maria Churio
13	Kelly J Caballero Rodriguez	1064789805	2	4	4	4	4	3004886344	Ama de casa	Kelly caballero
14	Luz I Contreras Pardon	1066281980	2	4	1	1	4	3203559157	Ama de casa	[illegible]
15	Maritza Castilla Bracho	42487778	2	6	2	1	1	3023919457	Ama de casa	NO firma.
16	Sandra Ortiz Berrio	1065617964	2	5	1	4	1	3104085267	Ama de casa	[illegible]
17	Yelitza Gonzales Noriega	1085042899	2	4	4	4	—	3216751882	Ama de casa	Yeli720
18	Yulibeth Romero Cuadrado	1065516393	2	5	1	4	4	3226365810	Ama de casa	[illegible]
19	Olga Cabanna Castilla	49713715	2	5	1	1	1	3108383165	Ama de casa	Olga cabana
20	Dayme Junco Fuenta	1052737369	2	5	4	1	5	3122536234	Ama de casa	Daimeth

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


Ruta materna
19 de Octubre
Hora: 8:00 a.m
Lugar: Parque de Mariangola

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

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS				
LUGAR:	Corregimiento Mariangola	**FECHA**	19/10/2024	**HORA INICIO**	8:00AM
				HORA FINAL	12:00AM

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	X	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**				

TEMA:	Socialización de 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 Mariangola 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, Mailenys 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 Carlos Figueroa presidente asocomuna, Marcos Cubillos Líder comunitario, Yaneris García Líder comunitaria, Andrea Barrios Inspectora de policía, Eliana Barrios Enfermera HEAD, Maciel Rivero Líder ICBF.

de resaltar que tuvimos inconvenientes con el personal asistido ya que también estaba el programa del SISBEN, COLOMBIA MAYOR, RENTA CIUDADANA, Y demás actividades las cuales tenían el personal disperso y como resultado de esa organización los asistentes estaban renuentes y pendientes a las otras actividades.

Una de las asistentes comunico que tiene un retraso de (un mes y unos días), me podrían realizar una prueba de embarazo , se procede a realizar la PRUEBA DE EMBARAZO , la cual resulto POSITIVA , se le comenta a la MEDICO GENERAL de la Unidad Móvil a la cual le refirió que no tiene afiliación a EPS porque no tiene ningún tipo de IDENTIFICACION refiere que fue abandonada por sus padres , se ha criado con la abuelita la cual nunca la registro ni nada, pero que ya está en ese proceso de adquirir su IDENTIFICACION DE CIUDADANIA, que es atendida por la OIM y que ya contaba con la orden para exámenes e ingreso a control prenatal , la medico procede con la orden de medicamentos le ordena micronutrientes para la etapa gestacional e HIDROXIDO DE ALUMINIO + MAGNESIO+ SIMETICONA V/O por vómitos y malestar.

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 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 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.

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.

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **ACTA**	

Lugar: MARIANGOLA
FECHA: 19/10/2024
"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".









OBSERVACION: El PERIFONEO FUE REALIZO EN LA BOCINA DE LA PLAZA PRINCIPAL.

COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1.	Realizar acta de la actividad	Equipo PIC	
2			

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Liliana Aguilar Caro	Liliana Aguilar
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	[illegible]	49695100	

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?: Jornada en Salud
NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la Maternidad Segura y Saludable
RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 19/10/2024
LUGAR: Marangola

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	Lisbeth Montenegro D'la cruz	49719722	2	5	4	1	1	3113231133	M. Comunitaria	Lisbeth M.
2	Dulis Valle Amaya	49715324	2	5	4	4	1	3103693156	M. Comunitaria	Dulis Valle A.
3	Erika Gomez Contreras	59438041	2	5	4	1	1	3124853455	M. Comunitaria	Erika Gomez
4	Claudia Maria Granados Ibañez	49783004	2	5	1	4	1	3178034774	M. Comunitaria	Claudia Gr.
5	Deivis Romero Del Valle	1065604218	2	5	4	1	1	3016091221	M. Comunitaria	Deivis Romero
6	Glenis Castillo Del Valle	57307271	2	5	4	1	1	3135235653	M. Comunitaria	Glenis Castillo
7	Yuris Izquierdo Tarazona	1065512093	2	5	1	1	1	3016191356	M. Comunitaria	Yuris Izquierdo
8	Mayerlis Garcia Garcia	1003715787	2	4	4	4	4	3116713331	M. Comunitaria	Mayerlis Garcia.
9	Yuris Acosta Villarreal	26945861	2	5	2	1	1	3046748115	M. Comunitaria	Yuris Acosta V
10	Nelly Chinchilla Jimenez	49783008	2	5	4	1	1	3177386622	M. Comunitaria	Nelly Chinchilla
11	Yasmin Chinchilla Jimenez	49783009	2	5	4	1	1	3126228361	M. Comunitaria	Yasmin Chinchilla
12	Indira Villamizar Hernandez	1065623873	2	5	1	1	1	3186324073	M. Comunitaria	Indira V H
13	Yina Martinez Muñoz	1065449851	2	4	4	1	4	3113020093	Yina de casa	Yina Martinez
14	Kelly Vergara Bello	1004805820	2	4	1	4	4	3102253136	Yina de casa	Kelly Vergara
15	Ely Ovalle	1063937693	2	4	4	4	4	3215504156	Yina de casa	Ely Ovalle
16	Daniela Palacio Sandoval	1065681694	2	4	4	4	1	3215504165	Yina de casa	Daniela Sandoval
17	Emilia Montenegro D'la cruz	49780833	2	5	4	1	1	3024679270	M. Comunitaria	Emilia M.
18	Rosiris Villazon Maestre	1063931988	2	5	2	1	1	3133027195	Yina de casa	Rosiris Villazon
19	Dalexis Gutierrez Romero	36445848	2	5	1	1	1	3016242414	M. Comunitaria	Dalexis G
20	Nisberly Redondo Coronel	1004194879	2	4	4	4	4	3147240787	Yina de casa	Nisberly Redondo

*(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 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?:_____
NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la Maternidad Segura y Saludable
RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 19/10/2024
LUGAR: Mandinga

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	Odis Vergara Maldonado	1003236406	2	5	4	1	5	3126125108	Ama de casa	Odis Vergara
2	Sol Milena Vergara Maldonado	1002936404	2	5	1	1	5	3002081534	Ama de casa	Sol Vergara
3	Maria Alejandra Lopez Lora	1148197447	2	5	4	4	4	3167273889	Ama de casa	Maria Lopez
4	Angy Lizeth Leon Muñoz	1064804149	2	4	4	1	5	3133069423	Ama de casa	Angy muñoz
5	Lisseth Carolina Pinto Simanca	1065848463	2	5	4	1	1	3022617302	Ama de casa	Lisseth Pinto
6	Loraine Orozco Maestre	1063956634	2	4	4	1	1	3235131187	Ama de casa	Loraine
7	Kelly Shoncl Daza Gutierrez	1065849775	2	4	4	4	1	3009772002	Ama de casa	Kelly Daza
8	Yineth Patricia Quiroz Cabrera	1065848592	2	4	4	1	1	3114106943	Ama de casa	Yineth Patricia
9	Glenys Garcia Rivera	1193572879	2	5	4	1	1	3174635290	Ama de casa	Glenis Garcia
10	Angela Castellanos	—	2	4	2	4	5	3162074535	Ama de casa	Angela castell
11	Doris Perez Soler	—	2	5	4	1	1	3162074535	Ama de casa	Doris
12	Margarita Moreno Quintero	1046426864	2	4	4	1	1	3127729948	Ama de casa	Margarita M
13	Diana Perez Vasquez	1.148.141639	2	4	1	4	4			DIANA
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.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INFORME DE EJECUCION 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

Durante el mes de octubre se realizaron 3 jornada dirigidas a gestantes y madres lactante con la estrategia **"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE"** en los siguientes corregimientos:

- **CORREGIMIENTO LOS VENADOS – 10 DE OCTUBRE 2024**

Se desarrolló la actividad brindando atención médica, 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 si, 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 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 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.

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
- 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.

Posteriormente se realiza orientación a las madres en el manejo de la mecánica corporal, y se 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, se da por terminada la jornada de manera exitosa. Es de resaltar que se contó con 36 asistentes de los cuales 3 se encontraban en embarazo y 3 lactando.

Se realizaron juegos lúdicos utilizando rompecabezas con el objetivo de motivar a las asistentes a vincularse en grupos a armarlos con la participación de todas y luego que terminaron se le indago sobre lo que encontraron en ellos, describieron lo que observaron se le brinda mayor información sobre anatomía y fisiología reproductiva como también el mecanismo de los diferentes métodos anticonceptivos.

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	PJ	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	CBZ DE F	CUI PCD	LAC	GRS	OTROS
HOMBRE	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
MUJER	0	0	1	10	17	0	20	2	0	1	20	0	1	12	20	0	3	3	4
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	1	10	18	0	21	2	0	1	20	0	1	12	21	0	3	3	4

- **CORREGIMIENTO DE GUACOCHE- 11 DE OCTUBRE**

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 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:

4. 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.

5. 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.

6. 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
- 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.

Posteriormente se realiza orientación a las madres en el manejo de la mecánica corporal, y se 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, en el marco de la resolución 3280 de 2018, hasta agotar las solicitudes y se da por terminada la jornada de manera exitosa. Es de resaltar que se contó con 40 asistentes de los cuales 3 se encontraban en embarazo y 7 lactando.

Se realizaron juegos lúdicos utilizando rompecabezas con el objetivo de motivar a las asistentes a vincularse en grupos a armarlos con la participación de todas y luego que terminaron se le indago sobre lo que encontraron en ellos, describieron lo que observaron se le brinda mayor información sobre anatomía y fisiología reproductiva como también el mecanismo de los diferentes métodos anticonceptivos.

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	PI	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	HHGRA	OTROS	DISC DIF	CUI PCD	LGBI	GEST	OTROS
HOMBRES	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
MUJER	1	1	1	12	22	4	33	1	0	0	26	0	1	12	25	0	7	5	4
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	1	12	23	4	34	1	0	0	27	0	1	12	26	0	7	5	4

- **CORREGIMIENTO DE MARIANGOLA**

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 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:

7. 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.

8. 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.

9. 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
- 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.

Posteriormente se realiza orientación a las madres en el manejo de la mecánica corporal, y se 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, en el marco de la resolución 3280 de 2018, hasta agotar las solicitudes y se da por terminada la jornada de manera exitosa. Es de resaltar que se contó con 33 asistentes de los cuales 4 se encontraban en embarazo y 7 lactando.
Se realizaron juegos lúdicos utilizando rompecabezas con el objetivo de motivar a las asistentes a vincularse en grupos a armarlos con la participación de todas y luego que terminaron se le indago sobre lo que encontraron en

ellos, describieron lo que observaron se le brinda mayor información sobre anatomia y fisiología reproductiva como también el mecanismo de los diferentes métodos anticonceptivos

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA						ETNIA				VICTIMA				CONDICION				
VARIABLES	PJ	INF	ADOS	JUV	ADUL	VEJZ	AFRO	INDIG	ROM	OTROS	DESPL	DESMOV	MIGRA	OTROS	DISC DE F	GUI PCD	LAC	GCB	OTROS
HOMBRES	1	0	1	5	9	1	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUJER	0	1	1	13	19	1	0	1	0	24	11	0	0	11	11	0	1	4	0
LGBTIQA	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
TOTAL	1	1	1	13	19	1	0	1	0	24	11	0	0	11	11	0	1	4	0

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, cesar a los 22 días del mes de NOVIEMBRE de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORD PIC 2024
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

RUTA MATERNO PERINATAL

Quiéreme, quiérete, protégeme



1 Atención para el cuidado preconcepcional

Si en embarazo quieres estar. aquí te podemos ayudar.

Confirmado el embarazo, acude con tu acompañante a la institución de salud.



4 Curso de preparación de la maternidad y paternidad

Mamá y tu acompañante asistan al curso de preparación de la maternidad, allí les enseñarán la importancia de los cuidados durante el embarazo.



5 Atención por odontología

Interrupción voluntaria del embarazo



6 Atención por nutrición



2 Atención en el cuidado prenatal

Primer control prenatal

Mamá debes asistir al primer control prenatal antes de las 10 semanas de gestación.





7 Atención del parto

Mamá y papá cuando inicien las contracciones diríjanse rápido a una institución de salud. No olvides los documentos y las cosas de mamá y el bebé.

Lactancia materna

En cuanto nace el bebé iniciar la lactancia materna exclusiva, hasta los **6** meses de edad.

Pregunta por las vacunas de tu bebé

No olvides registrar y afiliar a tu bebé al sistema de seguridad social.

Control del recién nacido

Entre el tercer y quinto día no olvides asistir a consulta del recién nacido e inscribir al niño para la atención en salud.



3 Laboratorio

Es importante ir siempre a realizarse todos los exámenes de laboratorio clínico que ordene el doctor.





Atención de complicaciones perinatales y postnatales del Recién Nacido



Atención de emergencias obstétricas

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SALUD

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

PIC

Maratón de la prevención de la violencia sexual en NNAJ y mujeres

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD



XIII MARATÓN

CONTRA EL **ABUSO SEXUAL** DE

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En nuestro municipio cero tolerancia hacia el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes

Desde el Parque Los Algarrobillos -
Institución Leonidas Acuña

24 de octubre 2024

7:00 A.M

valledupar-cesar.gov.co

@secsaludvup @secsaludvpr

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES COMMEMORACIÓN DE LA SEMANA ANDINA						
ACTIVIDAD	**OBJETIVO**	**FECHA**	**HORARIO**	**SESIÓN N°**	**LUGAR**	**RESPONSABLE**
Conmemoración semana andina prevención de embarazo en adolescentes		**23 - 27 septiembre**			**Diversos escenarios**	equipo PIC
Maraton de la prevención de la violencia sexual en NNAJ y mujeres		**24 de octubre 2024**	**7:00 AM**	**1**	**Algarrobillos hasta I.E Leonidas**	equipo PIC

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	9/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Doctora
Silvia Cuenca
Coordinadora de practicas formativas
Programa de psicología
Fundación Universitaria del Área Andina Valledupar

Asunto: Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la vinculación, de usted con su grupo de estudiantes, al desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad educativa en una movilización, tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña, así mismo, desarrollar estrategias de información y comunicación entorno a la temática de la estrategia para ser implementadas en la caminata. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	9/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Licenciada
Yiseth Rojas
Líderes prácticas formativas
Universidad Popular del Cesar

Asunto: Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la participación de los estudiantes, en el desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad educativa en una movilización, tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña, así mismo, desarrollar estrategias de información y comunicación entorno a la temática (pendones, performance, carteleras, etc) de la estrategia para ser implementadas en la caminata. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro.
Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

Licenciada
Yiseth Rojas
Líderes prácticas formativas
Universidad Popular del Cesar

Asunto: Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la participación de los estudiantes, en el desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad educativa en una movilización, tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña, así mismo, desarrollar estrategias de información y comunicación entorno a la temática (pendones, performance, carteleras, etc) de la estrategia para ser implementadas en la caminata. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro.
Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

Capitán
David Alfonso García Cárdenas
Rector Colegio Nuestra señora de Fátima
Valledupar – cesar

Asunto: Invitación a Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la participación de los estudiantes, en el desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad educativa en una movilización, tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña, así mismo, pedirles la gestión de la banda cívica, para participar en la caminata. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar.

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	15/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Señora
Orfelina Orozco
Líder Asociacion Las Manuelitas
Valledupar - Cesar

Asunto: Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la participación de las madres comunitarias y usuarias, en el desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad mencionada en el evento a desarrollar que incluye un desplazamiento, tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña, así mismo, motivarlos a llevar globos de color Amarillo para visivilizar en la caminata. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	15/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Señora
Etel Carrillo
Líder comunitaria comuna 5
Valledupar - Cesar

Asunto: Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la participación de las madres comunitarias y usuarias, en el desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad mencionada en el evento a desarrollar que incluye un desplazamiento, tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña, así mismo, motivarlos a llevar globos de color Amarillo para visivilizar en la caminata. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

Docentes
Diana Echavez
Margarita Mathieu
Programa Fisioterapia
Universidad de Santander UDES
Valledupar – cesar

Asunto: Invitación a Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la participación de los estudiantes, en el desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de los estudiantes del programa de fisioterapia, que, bajo su supervisión, actualmente desarrollan prácticas formativas en la institución, en una movilización tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar.

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro.

Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	17/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Señor
Jaime Rodríguez Solano
Rector Colegio La sabiduría
Valledupar – cesar

Asunto: Invitación a Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la participación de los estudiantes, en el desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad educativa en una movilización, tipo caminata con acompañamiento de los padres de familia, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar.

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	9/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Doctora
Alejandra Salcedo
Decana facultad Ciencias de la Salud y del Deporte
Fundación Universitaria del Área Andina Valledupar

Asunto: Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la participación de los estudiantes de la facultad, al desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad educativa en una movilización, tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña, así mismo, desarrollar estrategias de información y comunicación entorno a la temática de la estrategia para ser implementadas en la caminata. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	9/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Doctora
Patricia Araméndiz
Docente programa de medicina
Fundación Universitaria del Área Andina Valledupar

Asunto: Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar,

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, nos permitimos socializar con usted la estrategia denominada **"Maratón de la prevención de la Violencia de Género y Sexual del municipio de Valledupar "** que consiste en desarrollar un evento de concentración en una institución educativa, cuyo fin principal está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes y Mujeres, ello, en aras de contar con la vinculación, de usted con su grupo de estudiantes, al desarrollo de la actividad.

En este sentido, se tiene proyectada como fecha de realización el día **24 de octubre entre las 7:00 am y las 12:00 m** y se requiere la participación de la comunidad educativa en una movilización, tipo caminata, cuyo sitio de partida sería el parque de los algarrobillos de la ciudad de Valledupar, y el sitio de llegada sería a la institución Educativa Leonidas Acuña, así mismo, desarrollar estrategias de información y comunicación entorno a la temática de la estrategia para ser implementadas en la caminata. Es de resaltar que, está prevista la firma de un pacto comunitario por parte de representantes de gobierno local y de la sectorial salud, como también, la realización de un acto simbólico de compromiso por parte de la comunidad que consiste en estampar las manos en un mural.

De antemano agradecida por su atención y su compromiso social con la comunidad del municipio de Valledupar

Cordialmente;

Liliana Aguilar Caro.

Liliana Aguilar Caro
Enfermera HEAD

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES XIII MARATON DEPARTAMENTAL CONTRA EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

ELABORADO POR:
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

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

PIC 2024

1. **INTRODUCCION**

Informe sobre la Maratón en Contra del Abuso Sexual en Niños, niñas y Adolescentes. El 24 de octubre de 2024 se llevó a cabo la maratón en apoyo a la lucha contra el abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.

Este evento se realizó con una caminata desde el parque Los Algarrobillos recorriendo las calles principales desde el sitio de partida hasta la Institución Educativa: Leónidas Acuña, tuvo como objetivo principal generar conciencia sobre la importancia de prevenir, mitigar y denunciar el abuso sexual, fortaleciendo el compromiso de la sociedad en la protección de los derechos de los menores.

2. **Objetivos Principal**:

Mitigar los factores de riesgo en relación al abuso sexual de niños niñas y adolescentes mediante estrategias de prevención, fomento de la denuncia y autocuidado en la comunidad.

Objetivos Específicos:

- Incidir en la movilización de autoridades municipales, instituciones, redes sociales de apoyo, comunidad educativa, familias, líderes locales y la comunidad en general en torno a la prevención del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes
- Conmemorar el día internacional contra el abuso infantil a través de la XIII Maratón Departamental Contra el Abuso Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en el Cesar.
- Desarrollar nuevas estrategias comunicativas con la familia, la comunidad, las instituciones y autoridades municipales para la prevención del abuso sexual a niños niñas y adolescentes
- Fomentar la cultura de denuncia y cero tolerancias respecto al abuso sexual de niños, niñas y adolescentes
- Articular el trabajo intersectorial para el fomento de herramientas de autoprotección en niños, niñas y adolescentes y de prevención a padres de familia respecto al abuso sexual de niños, niñas y adolescentes
- Visibilizar en la comunidad el problema y la magnitud de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, sus causas. efectos y consecuencias
- Promover compromisos políticos y comunitarios respecto a la defensa y protección de niños, niñas y adolescentes en el municipio

"CESAR IMPARABLE Y EN MARCHA CONTRA EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

4. **Descripción de la Maratón:**

La movilización comunitaria e institucional tuvo lugar por calles del municipio como parte de la XIII Maratón Contra el Abuso Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes. Este evento reunió a la comunidad, instituciones educativas, organizaciones sociales y entidades gubernamentales para alzar la voz contra el abuso sexual infantil y adolescente. Durante la marcha, se destacó el uso de prendas de color amarillo por parte de niños, niñas y adolescentes, ya que este color simboliza la prevención de este tipo de violencia.

Como parte del recorrido, se llevó a cabo un acto simbólico donde predominó una bandera amarilla con la frase: **"EN NUESTRO MUNICIPIO... CERO TOLERANCIA HACIA EL ABUSO SEXUAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES"**, la cual se dejó colgada en el parque principal del municipio. Esta bandera permanecerá visible desde el mes de octubre hasta noviembre, como recordatorio del compromiso

colectivo para erradicar el abuso sexual y promover entornos seguros para la niñez y adolescencia.

El principal objetivo de la movilización fue sensibilizar a la comunidad sobre la problemática del abuso sexual infantil y adolescente, fomentando la prevención y la denuncia activa. Asimismo, se buscó promover la unión comunitaria en torno a la protección de los derechos de la niñez y adolescencia, con énfasis en la creación de espacios libres de violencia y explotación. El acto simbólico de la bandera amarilla sirvió como un recordatorio visible del compromiso del municipio con la cero tolerancia hacia el abuso sexual, buscando impactar tanto a la comunidad local como a las instituciones en la construcción de una cultura de respeto y protección de los menores. Esta actividad también visibilizó la importancia de la educación y la movilización social como herramientas fundamentales para erradicar el abuso sexual.

La maratón contó con la participación de los diferentes entes gubernamentales como;

La secretaria local de salud: JAIDETH MEDINA.
Gestora social de Valledupar: MILENA SERRANO
Alcalde encargado:
Subdirectora científica HEAD: ELIANA APONTE
Estudiantes de medicina de la Universidad UDES
Estudiantes de psicología de La universidad Área Andina,
Estudiantes de psicología y enfermería de La universidad UPC.
Banda de guerra de la Policía, La Defensa Civil
El Rector del colegio Leónidas Acuña,
Alumnos de la I.E Leónidas Acuña
Hospital Eduardo Arredondo Daza

El evento se dividió en las siguientes actividades:

- **Inicio y apertura**: Encuentro de los diversos participantes en el parque de los Algarrobillos
- **Recorrido:** La maratón se realizó en un circuito de [distancia en kilómetros], con puntos de hidratación.

- **Plantel educativo**: Espacio interactivo organizado para darle seguimiento al evento de la Maratón.
- **Cierre:** Palabras dirigidas por el equipo de Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

RECORRIDO DE LA CAMINATA:

1. Caminata salida parque los algarrobillos – llegada IE Leónidas Acuña

1.1 RECORRIDO
Salida por la casa de la música Leo Gómez,
Avanzada por la 31 hasta Avenida Salguero
Giro a la izquierda por la Salguero hasta la entrada al colegio Leónidas Acuña



AGENDA		
Hora	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**
7:00	Salida parque algarrobillos	Equipo PIC
7:30	Instalación del evento	Maestro de ceremonia
7:45	Palabras de bienvenida Secretaría Local de Salud	**Dra. Jaide Medina**
7:55	**Palabras de bienvenida** Funcionario gobierno	
8:05	**Palabras de bienvenida** IE Leonidas Acuña	
8:15	Firma del pacto contra la violencia sexual de NNA	
8:45	Monologo representando una niña	Diana Bolaños
8:55	Monologo representando una mujer adulsa	Laura Gámez
9:05	Interprepretación de la "Canción sin miedo", version colombiana	Estudiantes psicología Areandina
9:15	Coreografía	Estudiantes psicología Areandina
9:25	Coreografía paremos de contar	Estudiantes medicina Areandina
9:35	Estampado de manos en mural	Asistentes
10:00	Cierre del evento	Equipo PIC

5. Desarrollo de la Maratón

Inició en el Parque Los Algarrobillos específicamente en la caminata comenzó en la Casa de la Música Leo Gómez y avanzando por la carrera 31 hasta la Avenida Salguero, donde se giró a la izquierda para llegar a la entrada de la IE Leónidas Acuña. Durante el recorrido, los participantes llevaron mensajes de concienciación y actividades simbólicas que enfatizaron la importancia del rechazo a la violencia.

- **La Policía Nacional**, acompañada de su banda de guerra, destacó por interpretar música que captó la atención de los transeúntes.
- **Estudiantes de enfermería** de la Universidad Popular del Cesar representaron la violencia de género a través de imágenes impactantes y maquillajes que simulaban heridas, reflejando las historias de mujeres golpeadas y tristes.
- **El grupo de psicología** de la Universidad Área Andina transmitió un mensaje de esperanza llevando un parlante con la canción *Vivir sin miedo* de Vivir Quintana.
- Diversos colectivos portaron letreros como:

  "Valledupar imparable en marcha contra el abuso de niños, niñas y adolescentes".

  El Hospital Eduardo Arredondo Daza mostró un cartel con el mensaje: *"No a la violencia de género. El silencio es letal en el maltrato: atrévete, sé valiente y denuncia al agresor".* Este cartel resaltó la urgencia de romper el silencio frente a la violencia y actuar con valentía para proteger a las víctimas.

El color amarillo, predominó en toda la caminata como símbolo prevención de esperanza, energía y unidad en la lucha contra la violencia y abuso sexual. La secretaria local de salud, lució camisetas de este color, fortaleciendo la identidad del evento. Por su parte, un grupo de estudiantes llevaban globos amarillos lo que captaban la atención de las personas que se encontraban cerca.

Al llegar a la institución educativa Leónidas Acuña, se dio continuación a la programación con un acto solemne y cálido. Se iniciaron las actividades con palabras de bienvenida dirigidas a todos los asistentes, destacando el compromiso del alcalde Ernesto Orozco en la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como su apoyo a esta importante iniciativa. También se agradeció la presencia y el respaldo de los entes gubernamentales, incluyendo a la Secretaria Local de Salud, Dra. Jaide Medina, la Dra. Delia Meza , la Gestora Social Milena Serrano, el Secretario de Gobierno alcalde encargado Jorge Pérez, el representante de la Oficina de Gestión Social, Gregorio Zuleta, y la Subdirectora Científica del Hospital Eduardo Arredondo Daza, Dra. Eliana Aponte.

Cada uno de los miembros de la mesa principal se dirigió al público con palabras amables de bienvenidas y reflexivas.

- La Doctora Jaide Medina, secretaria Local de Salud: realiza la apertura del evento manifestando que la salud mental y emocional de nuestros niños, niñas y adolescentes debe ser una prioridad en cada familia y comunidad. Prevenir el abuso sexual implica educarnos, identificar señales de alerta y construir entornos seguros donde puedan crecer libres de temor."
- Seguido tiene la intervención la referente municipal de la dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos la Dra. Delia Meza: Debemos ser una comunidad vigilante y unida para proteger a nuestros niños y adolescentes. El abuso sexual no solo deja cicatrices físicas, sino emocionales, y es responsabilidad de todos actuar con firmeza para erradicarlo.
- Interviene la Gestora Social la Dra Milena Serrano: Hoy reafirmamos nuestro compromiso como municipio: **CERO TOLERANCIA** frente al abuso sexual. Cada niño y niña merece crecer con amor, cuidado y respeto. Gracias a todos por unirse a esta causa tan noble.
- Secretario de Gobierno, Jorge Pérez quien al momento se encuentra como alcalde encargado realiza su elocución: El abuso sexual no tiene cabida en nuestro municipio. Como gobierno, seguiremos trabajando en políticas públicas que fortalezcan la prevención y en acciones que garanticen justicia y protección a las víctimas.
- Oficina de Gestión Social, Gregorio Zuleta:

La participación activa de cada uno de ustedes demuestra que juntos podemos construir un municipio donde nuestros niños crezcan felices y seguros. La clave está en la educación, el apoyo y la denuncia.

- Subdirectora Científica del Hospital Eduardo Arredondo Daza, Dra. Eliana Aponte: Desde el sector salud, estamos comprometidos en la atención y prevención de casos de abuso sexual. Les recordamos que hay servicios disponibles para apoyar a las víctimas y a sus familias. No están solos, juntos somos más fuertes.

Se procede a la firma del **pacto comunitario contra la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes**. El objetivo es comprometer a la comunidad, a las instituciones y autoridades locales en la lucha contra el abuso sexual infantil y adolescente, promoviendo un compromiso activo para prevenir, detectar y erradicar cualquier forma de violencia sexual. Este pacto busca establecer un acuerdo formal que reafirme la responsabilidad compartida entre los miembros de la sociedad para proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes, brindándoles un entorno seguro y libre de abuso.
Por tanto, fue de suma importancia porque al firmar este pacto el compromiso es tomar medidas activas dentro de sus respectivas áreas de influencia. Este acuerdo simbólico genera mayor conciencia social al mismo tiempo que refuerza la red de apoyo institucional que, junto con la sociedad civil, trabaja en la protección de los derechos de los menores de edad.
En este acto el alcalde encargado Dr. JORGE PEREZ, realiza la lectura del pacto municipal y manifiesta el compromiso institucional que se tiene frente al

Este pacto contiene lo siguiente:

PACTO MUNICIPAL

Octubre 24 del 2024

Yo, Ernesto Orozco Duran Alcalde del Municipio de Valledupar me comprometo con todo mi gabinete a continuar desarrollando en cada vigencia de mi gobierno, y de manera permanente las acciones afirmativas que promuevan el reconocimiento y respeto por los derechos de niños, niñas y adolescentes y el fomento de una cultura de prevención, protección y denuncia de la violencia sexual hacia los niños, niñas y adolescentes del municipio de Conformidad con la Ley 1098 de 2006, ley 1145 de 2007 - Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 – La convención de derechos de niños, niñas y adolescentes.

ME COMPROMETO A:

1. A garantizar y promover los derechos de niños, niñas y adolescentes frente a la vida, la integridad física y mental, la salud, el amor, buscando su desarrollo, protección y formación integral en los entornos familiares, comunitarios e institucionales
2. A garantizar la protección contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, reclutamiento, trata de personas, venta y alquiler de personas, abuso sexual, explotación económica y trabajo infantil.
3. A fijar políticas municipales de protección integral con participación comunitaria, promover y garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
4. A promover el respeto a la integridad física, psíquica e intelectual de niños, niñas y adolescentes.
5. A desarrollar el proceso de capacitación continua a funcionarios, líderes, padres, cuidadores, niños, niñas y adolescentes para la prevención, identificación, autoprotección y denuncia de la violencia sexual de niños, niñas y adolescentes.
6. A garantizar la funcionalidad del Comité Consultivo interinstitucional para la Atención Integral de Niños, Niñas y Adolescentes víctima de abuso sexual y prevención del abuso sexual y el cumplimiento de la ruta de atención integral a las víctimas.
7. A transformar el municipio, en un entorno con cultura de protección y seguridad para los niños, niñas y adolescentes, donde prevalezcan sus derechos y su bienestar
8. A promover el trabajo intersectorial, interinstitucional y comunitario para fortalecer la red social de apoyo a la infancia y la adolescencia y crear el comité de buen trato a niños, niñas y adolescentes.

EN NUESTRO MUNICIPIO **VALLEDUPAR**, CERO TOLERANCIA HACIA EL ABUSO SEXUAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Luego de este importante momento, se realiza la lectura pública de la entrega del reconocimiento departamental por su compromiso con la infancia y la adolescencia desde Coordinación Departamental de la Dimensión de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerable de la secretaria de Salud Departamental le hace un reconocimiento especial al **Ernesto Orozco Duran** ccomo un Alcalde Defensor de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y Promotor de una Cultura de Cero Tolerancia y Prevención de la Violencia y Abuso Sexual a Niños, Niñas y Adolescentes del municipio de Valledupar.

Así mismo, a la Dra Jaide Medina como un Secretario local de salud por de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y Promotor de una Cultura de Cero Tolerancia y Prevención de la Violencia y Abuso Sexual a Niños, Niñas y Adolescentes del Municipio de Valledupar.

El evento compuesto estuvo por diversas actividades representativas, entre ellas un monólogo interpretado por Diana Bolaños, el cual consistió en una niña de 12 años, como parte de las actividades de sensibilización contra el abuso sexual infantil y adolescente. En su actuación, Diana narró un viaje emocional desde el miedo y el silencio hacia la valentía y el empoderamiento.

Durante su intervención, Diana expresó cómo el abuso sexual afecta emocionalmente a los niños, haciendo énfasis en las emociones de miedo, confusión y tristeza que suelen experimentar. A través de su relato, destacó la importancia de identificar situaciones incómodas o peligrosas, de hablar con un adulto de confianza, y de reconocer que el abuso nunca es culpa de la víctima.

El mensaje central del monólogo fue la importancia de alzar la voz y buscar ayuda, subrayando que denunciar no es un acto de debilidad, sino de fortaleza. Diana también hizo énfasis en el papel fundamental de la familia, la escuela y las instituciones en brindar apoyo y protección a los niños y niñas.

El monólogo concluyó con un llamado a la acción, invitando a la comunidad a unirse en la lucha contra el abuso sexual y a fomentar espacios seguros donde todos los niños puedan crecer con confianza y felicidad. Fue una representación emotiva y educativa que logró conmover e inspirar al público.

Posteriormente, se dio paso a la interpretación de la "Canción si miedo" adaptada en versión colombiana por lo estudiantes de psicología del área Andina. La canción, que transmite un mensaje de unidad, fortaleza y solidaridad ante cualquier forma de abuso o violencia, incluyó versos que resaltaban frases como: "Si tocan a una, respondemos todas". La interpretación fue profundamente emotiva y generó un impacto significativo tanto en los asistentes como en los estudiantes presentes. Muchos de ellos se mostraron visiblemente conmovidos, algunos con lágrimas en los ojos, mientras otros aplaudían con entusiasmo, conectando con la fuerza del mensaje.

Para los estudiantes, especialmente, la canción se convirtió en un símbolo de empoderamiento y reflexión sobre la importancia de alzar la voz ante las injusticias. En la comunidad, se creó un ambiente de unión y compromiso, donde la letra de la canción reforzó la idea de que el abuso no debe ser tolerado y que todos tienen un papel en la construcción de un entorno seguro y protector para niños, niñas y adolescentes. Este momento fue uno de los más significativos del evento, dejando una sensación de esperanza y unidad entre los asistentes.

Se realizo una coreografía muy dinámica que capturó completamente la atención de los asistentes, especialmente de los estudiantes. Los movimientos llenos de energía, combinados con una música vibrante y contagiosa, lograron transmitir un mensaje de fortaleza, unión y alegría, alineado con la temática del evento.

Los bailarines, con sus expresiones y pasos perfectamente sincronizados, simbolizaron la importancia de trabajar juntos para proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes. La coreografía no solo fue un acto artístico, sino también un llamado visual y emotivo a la acción colectiva contra el abuso sexual.

El impacto en los estudiantes fue notable, ya que muchos comenzaron a seguir el ritmo, aplaudir y unirse espontáneamente a la danza desde sus lugares, creando un ambiente participativo y lleno de entusiasmo. Fue un momento clave que reforzó el mensaje del evento de una manera creativa y dinámica.

Consecutivamente, los estudiantes de medicina de la Universidad Área Andina realizaron una coreografía titulada *"paremos de contar"*. El título hacía referencia a la necesidad urgente de detener el aumento de víctimas de abuso sexual y trabajar unidos como sociedad para erradicar esta problemática.

La coreografía estuvo cargada de simbolismo, con movimientos que representaban la vulnerabilidad, la lucha y la esperanza. A través de sus pasos, los estudiantes transmitieron un poderoso mensaje: basta de contar historias de dolor y sufrimiento; es momento de actuar para proteger a los niños, niñas y adolescentes.

El impacto en el público fue significativo, ya que la interpretación generó reflexión y sensibilización. Los asistentes, especialmente los estudiantes, reaccionaron con aplausos y algunos conmovidos, sintieron la fuerza del mensaje artístico. Este acto creativo se destacó como un llamado a la acción contundente, reforzando el propósito del evento.

Y, por último, entre las actividades programadas se destaca la firma con huellas en telón amarillo de las manos de personal de la administración, entidades, niños, niñas y adolescentes y comunidades en general en la sabana simbólica de pacto comunitario contra el abuso sexual de niños niñas y adolescentes. Este telón es símbolo de compromiso colectivo y deben colocarlo en las instalaciones de la alcaldía por un mes para visibilizar el ejercicio y recordar el compromiso **comunitario e institucional "MI COMPROMISO ES UN CESAR IMPARABLE Y EN MARCHA CONTRA EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS, NIÑA Y ADOLESCENTES"**

Para finalizar este importante evento, el cierre lo realizo el equipo PIC quienes expresaron sus más sinceros agradecimientos a todos los presentes. Con un profundo sentido de responsabilidad y compromiso social, se destacó la importancia de la unidad en la lucha contra el abuso sexual infantil y adolescente.

Reconocieron que fue evento lleno de aprendizaje, de reflexión y esperanza.
con un agradecimiento a los entes gubernamentales, directivos, estudiantes y a todos los que hicieron posible este evento. En sus palabras se reafirmó la importancia de la lucha contra el abuso infantil y recordando que el compromiso de todos es clave para construir un futuro más seguro y justo.

6. Resultados Obtenidos

- Concientización: El evento logro sensibilizar a la comunidad sobre la gravedad del abuso sexual infantil y adolescente. A través de las actividades y dinámicas interactivas, se incrementó el conocimiento sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes, y se reforzó el mensaje de que al buso sexual es una problemática que debe ser erradicada.
- Compromiso comunitario: La participación masiva y activa permitió crear un ambiente de unidad y compromiso.
- Fortalecimiento institucional: Contribuyo al comprimiso de las instituciones involucradas en la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

7. Conclusión

La maratón en contra del abuso sexual infantil y adolescente fue un éxito rotundo, logrando no solo sensibilizar a la comunidad, sino también consolidar un fuerte compromiso colectivo. Este evento reafirmó la necesidad de adoptar un enfoque integral que incluya la prevención, la atención oportuna y la denuncia como herramientas clave para combatir el abuso. La participación activa de instituciones educativas, entes gubernamentales, organizaciones civiles y la comunidad en general demostró que el trabajo conjunto es esencial para garantizar entornos seguros, protectores y libres de violencia para nuestros niños, niñas y adolescentes. Esta iniciativa no solo visibilizó una problemática urgente, sino que dejó un mensaje claro: la unión y el compromiso de todos son fundamentales para construir un futuro más seguro y digno para la infancia y la adolescencia.

Es un firme compromiso por la protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes, la alcaldía de Valledupar, Ernesto Orozco se firma el pacto que reafirma su política de **CERO TOLERANCIA** hacia al abuso sexual y cualquier forma de violencia contra menores y mujeres de la capital cesarense.
El compromiso se estableció en el marco de la XII Maratón Departamental contra el abuso sexual.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

XIII MARATÓN CONTRA EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES 24 DE OCTUBRE DEL 2024









XIII MARATÓN CONTRA EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES 24 DE OCTUBRE DEL 2024





Instalación del telón como símbolo de compromiso colectivo en las instalaciones de la alcaldía por un mes para visibilizar el ejercicio y recordar el compromiso **comunitario e institucional "MI COMPROMISO ES UN CESAR IMPARABLE Y EN MARCHA CONTRA EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS, NIÑA Y ADOLESCENTES"**



Instalación del telón como símbolo de compromiso colectivo en las instalaciones de la alcaldía por un mes para visibilizar el ejercicio y recordar el compromiso **comunitario e institucional "MI COMPROMISO ES UN CESAR IMPARABLE Y EN MARCHA CONTRA EL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS, NIÑA Y ADOLESCENTES**



FLAYER PROMOCIONAL:



- En el perfil oficial de Instagram de SECSALUDVUP, se compartió un video que resume los momentos más destacados de la actividad. Enlace a la publicación:

  https://www.instagram.com/reel/DBh5F5aRFlz/?igsh=MmNiaXRqeXY1Bdr

CARACTERIZACIÓN DE ASISTENTES

ENFOQUE DIFERENCIAL

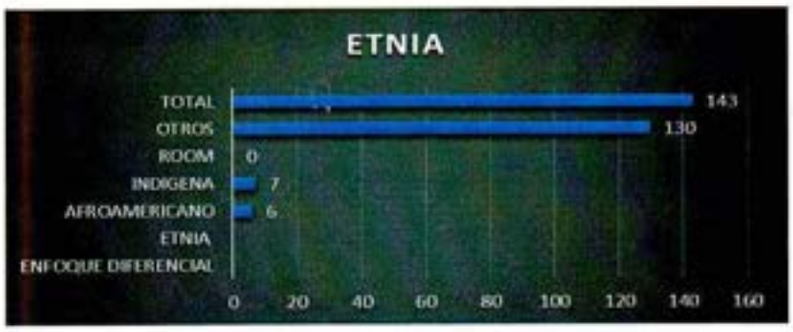
En la actividad se logró tomar datos (firmas)de 143 personas entre niños, niñas, adolescentes y adultos



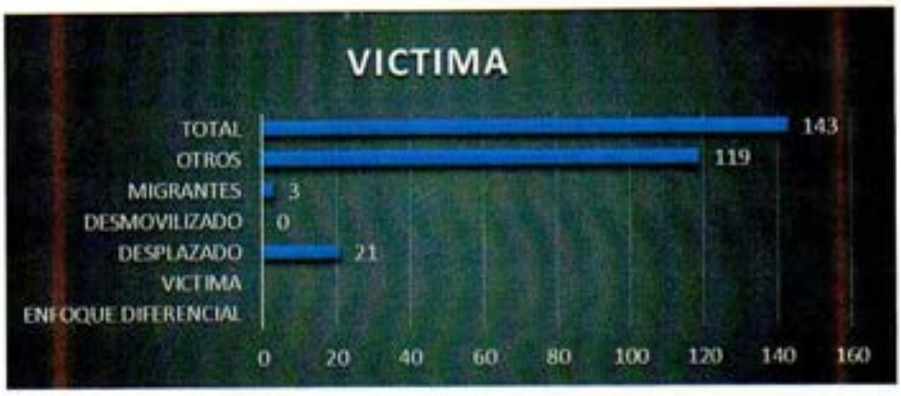
De acuerdo a la gráfica el enfoque diferencial del curso de vida se puede observar que el 80 % están entre las edades 12-17 años y el 20% entre las edades 18-28 años



De acuerdo a la gráfica, el 80 % son adolescentes, el 20% son juventud



De acuerdo a la gráfica, 90% de la población están en otros, 5% son indígenas y un 5% son afroamericano



De acuerdo a la gráfica, 85% de la población es víctima, el 10% desplazados y un 5% migrantes



De acuerdo a la gráfica el enfoque de Condición se puede observar que el 96% están en otros, el 2% son Cuidadores pcd y 2% Cabeza de familia

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 2 días del mes de noviembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO

COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Sayuris Sanguino – Denis Villero
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del. PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

EAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Maraton contra la Violencia de Genero en niños, niñas y adolescentes

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 24/10/2024

LUGAR: IE Leonidas Acosta

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	Linda E. Pedroza O.	1065623638	2	3	4	4		3217232378	Estudiante	Linda P
2	Mariangel Jimenez	1067609040	2	3	4	1		3127824658	Estudiante	Mariangel.
3	Tania Valentina Cantillo	1066846745	2	3	4	4		3184250749	Estudiante	
4	Karen Gutierrez Y.	1067603822	2	3	4	1		3243014954	Estudiante	Karen G.
5	Laura Carolina Garces	1026145279	2	3	4	4		3024657341	Estudiante	Laura G.
6	Helissa Lemos Nuñez	1128148089	2	3	4	4		3222410845	Estudiante	Helissa L.
7	Angela Jacqueline Bonilla	1065609494	2	3	4	1		3243317629	Estudiante	
8	Andrea Mendoza	1065674716	2	3	4	4		3249372977	Estudiante	
9	Cristian martinez	1065824976	1	4	4	4		3113745795	Estudiante	
10	Frank De la Rosa	1129541107	1	4	4	4		3015536076	Estudiante	Frank
11	Kelly Johana Oyola Mora	1065506273	2	3	4	1		3216016272	Estudiante	Kelly
12	Alejandra Isabel Torres	1066897001	2	3	4	1		3228704900	Estudiante	Alejandra
13	Mario Jose Giraldo	1065593560	2	4	4	1		3233337890	estudiante	
14	Daniela Ortega Suarez	1066872499	2	3	4	4		3194129929	Estudiante	Daniela Suarez.
15	Ana Sofia Rosa Morales	1043589718	2	3	4	4		3013351560	Estudiante	Ana Sofia R.
16	Camila Ortega Zapata	1066872500	2	3	4	4		3005139977	Estudiante	Camila Zapata
17	Yesica A. De la Hoz F.	1066285537	2	3	4	4		3244501096	Estudiante	Yesica De la Hoz.
18	Santiago A. Lemes G.	1065621048	1	3	4	4		3175617287	estudiante	Santiago L.
19	Cesar A. Chirinos V.	1065285532	1	3	4	4		3234038956	estudiante	
20	Emmanuel D Valbuena	1066269218	1	4	A	A		3014432139	estudiante	Emanuel Valbuena

*(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: ____ OTRO: ____ CUAL?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Maratón contra la Violencia de Genero en niños, niñas y adolescentes

RESPONSABLE: EQUIPO PIC FECHA: 24/01/2024

LUGAR: I E Leonidas Acuña

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	Angela Salafar B	1003167632	2	4	4	4		3106729613	E. Enfermería	Angela S.
2	Sebastian Salcedo	1052957305	1	4	4	4		3015114	Enfermería	Sebastian S.
3	Daniela Oviedo	1066280151	2	4	4	4		3045557145	Enfermera	Daniela Oviedo
4	Valery Mercado.	1065707913	2	4	4	1		3016278000	Enfermera.	Valery M.
5	Danna Hindiola	1067548435	2	4	4	1		3006045294	Enfermería	Danna H
6	Darling García	1066281201	2	3	1	4		3504519445	Enfermería	Darling
7	Celeste Romero	1003240177	2	4	4	4		3003877534	Enfermería	Celeste
8	Manangel olivella	1119390948	2	4	4	4		3113594394	Enfermera	Manangel
9	Angely Alvarez	1065575516	2	4	4	4		3161066259	Enfermería	[illegible]
10	Ana Karina Guerra	1193530621	2	4	4	1		3117502007	Enfermería	Ana
11	Natalia Alvarez	1065605411	2	3	4	4		3218627266	Enfermera	Natalia
12	Kaos Conde Calderón	1003262143	2	4	4	4		3168173592	Enfermería	[illegible]
13	Mariana Ospina	1193529892	2	3	4	4		3114330613	Enfermería	Mariana
14	Valentina Benavides	1193558005	2	4	4	4		3045376788	Enfermería	Valentina
15	Linda Sofia Ospina	1002075937	2	4	4	4		3126599664	Enfermera	[illegible]
16	Andres Vergara C	1003232746	1	4	4	4		3205580	Enfermería	Andres J
17	Sebastian Contreras	1066665233	1	4	4	4		3040861407	Enfermería	[illegible]
18	Yacmis Ruidiaz Contreras	1064387327	2	4	4	1		3218890837	Enfermería	[illegible]
19	Georgina Meza C.	1080464336	2	5	4	4		3103569955	Enfermería	Georgina M.
20	Fabián Garcia Jimenez	1067591098	1	4	4	4		3007541928	Enfermería	Fabián G.

*(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: Maraton contra la Violencia de Genero en niños, niñas y adolescentes

RESPONSABLE: equipo PIC FECHA: 24/10/2024

LUGAR: IE leonidas Acuña

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 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	Wendy Quiroz Meli	1003315606	2	4	4	4		3135691480	Enfermera	
2	Andrea Zambrano	1193201051	2	4	4	4		3015326653	Enfermera	
3	Dianar Hernandez B	1065819417	2	4	4	4		3136271512	Enfermera	
4	Laura Rivera Pinto	1069280767	2	4	4	4		3235288549	Enfermera	
5	Alberto Nieto Baron	1066853336	1	4	4	4		3105961776	Enfermero	
6	Mychell Pedo Mendoza	1007886485	2	4	4	4		3502569673	Enfermero	
7	Yoseth Villamil Mejia	1067597899	2	4	4	4		3013726524	Enfermero	
8	Evelis De la Rosa Brand	1129357180	2	4	4	4		3046834560	Enfermera	
9	Brinkan Carolina Escobar	1067592115	2	4	2	4	1	3135847563	Medicina	
10	Dylan Vivas Cordero S	1065600482	1	3	4	4		3116699259	Medicina	
11	Yaireth Yisel Hernandez Vivas	1066868338	2	4	4	4		3058332572	Medicina	
12	Angie J. Cueto R.	1067600725	2	3	4	4		3243772942	Medicina	Angie J. C L
13	Luis E. Marsoo	1007249929	1	4	4	4		3104608005	Medicina	
14	Emily Pinto	1120740909	2	4	2	4		3234645	Medicina	
15	Ana Lucia Salado	1065722577	1	4	4	4		300 2334	Medicina	
16	Maria Molina	1066891119	2	3	4	4		3107913	medicina	
17	Valeri Mora Ramos	1065754920	2	4	4	4		3117107693	Medicina	Valeri
18	Tomaira Blanquett	1065600873	2	4	4	4		3145931920	medicina	Tomaira
19	Melanie Angle Mora	1066879856	2	3	4	4		3103747511	Medicina	Melanie
20	Gabriela Barba	1065377972	2	3	4	1		3177689055	medicina	Gabriela

*(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 INTE ICIONES COLECTIVAS -2024
LIS) DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Maratón Contra la Violencia de Genero en niños, niñas y adolescentes

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 24/10/2024

LUGAR: IE Jeanidas Awin

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. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Angelica Duran	1102363948	2	3	4	4	—	3144122850	Estudiante	Angelica D.
2	Jobbe Luis	1066605070	1	3	4	4	—	3176249211	Estudiante	Jobbe L.
3	Giovanny Urzategui	5527674	1	3	4	4	—	3184954724	Estudiante	
4	Treisy Socarras G	1066877756	2	3	4	4	—	3247616188	Estudiante	Treisy Socarras
5	Maria Jose Iturriago	1063825	2	3	4	4	—	3014751988	Estudiante	Maria Jose
6	Isabela Mendoza	1063605558	2	3	4	4	—	3126761058	Estudiante	Isabela Mendoza
7	Maria Tarres	1082922894	2	3	4	4	—	3009712580	Estudiante	Maria Tarres
8	Yolanse Fuentes Morales	1065685230	2	3	4	4	—	3172677677	Estudiante	Adrian Sanchez
9	Adrian Sanchez	1067610909	1	4	4	4	—	3188544706	Estudiante	
10	[illegible]	1063604145	2	3	4	4	—	3145016303	Estudiante	
11	Dilan Bravo Vega	1130145652	1	3	4	4	—	3136924516	Estudiante	
12	Keren Soto	- - - -	2	3	4	4	—	3175117455	Estudiante	Robinson C.
13	Robinson Castillo	1066877210	1	3	4	4	—	3235203828	Estudiante	Emily Balcas
14	Emily Balcanegra Jaraba	1067603897	2	3	4	4	—	3006805012	Estudiante	Jose
15	Jose Luis Romero Pimentel	1065615029	1	3	4	4	—	3244664730	Estudiante	Abigail Diaz
16	Abigail Rosalina Diaz	1064607905	2	3	4	4	—	3107096626	Estudiante	Sofia R.
17	Isabel Rodriguez M.	1065616756	2	3	4	4	—	3008555675	Estudiante	Granchis Adel.
18	Yamiris Hernandez	1082910051	2	3	4	4	—	3155599700	Estudiante	Natalia Lugo
19	Natalia Lugo		2	3	4	4	—	3145367207	Estudiante	Natalia Lugo
20	Camila Nolasco	1049169482	2	3	4	4	—			

*(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: Maraton Contra la Violencia en NIÑOS, NIÑA Y adolescentes

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 24/10/2024

LUGAR: I.E leonidas Acuña

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	Luefraimy Villalobos	5805876	2	3	4	3		3043728603	Estudiante	Luefraimy Villalobos
2	Maria Martinez		2	3	4	4		3235146687	Estudiante	Maria E.
3	Sandra Milena		2	3	4	4		3216432091	Estudiante	sandra B.
4	Michel dayana ortega		2	3	4	4		3178966451	Estudiante	Michel dayana
5	Rut Bernal Lara	1066872099	2	3	4	4		3204186759	Estudiante	Rut Bernal
6	Kevin Gomez Cortes	1065633984	1	4	4	4		3246360013	Estudiante	
7	Maria Hernandez	1028869320	2	3	4	4		3025493908	Estudiante	Maria H
8	Karen Juliana Montero P.	1067603865	2	3	4	4		3244115486	Estudiante	Karen.
9	Valery Sierra Vega		2	3	4	4		3024286816	Estudiante	Valery
10	Yessenia Lopez	1065631854	2	3	4	4		3012[illegible]	estudiante	Yessenia
11	Laura Arias	1066871997	2	3	4	4		3045393530	Estudiante	Laura.
12	Yolchidys lobo		2	3	4	4			Estudiante	[illegible]
13	Karen Arroyo Lagos	1065602595	2	3	4	4		3238269666	Estudiante	Karen. A.
14	Yuliana Videl	1065602913	2	3	4	4		3147933069	Estudiante	Yuliana
15	Michell Sanchez	1727049684	2	3	4	1		3044446913	Estudiante	Sanchez
16	Maria Melo		2	3	4	3		3107028180	Estudiante	Maria
17	Florelis Velasquez		2	3	4	4		3244547960	estudiante	Flor.
18	Brenda Jimenez	1066872774	2	3	4	4		3135428892	Estudiante	Brenda Jimenez
19	Adriana oñate		2	3	4	4		3023367378	Estudiante	Adriana oñate
20	Daniela del toro		2	3	4	4		3003752479	Estudiante	Daniela del toro

*(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?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Maraton Contra la Violencia en niños, niñas y adolescentes

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 24/10/2024

LUGAR: El Jeanidas Acuña

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) 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	Lina orozco		2	3	4	4		3009987532	Estudiante	Lina orozco
2	Donaved Suarez		2	4	4	4		3015027078	estudiante	Donaved Suarez
3	Joleeth Morillo	5714686	2	3	4	4		3234518538	ESTUDIANTE	Joleeth
4	Maicesmith Suarez		2	3	4	4		3229714990	estudiante	Maicesmith
5	Kendry Lorena Cordoba	1082955288	2	3	4	4		3203977163	estudiante	Kendry
6	Dilery Chacon G		2	3	2	4		3213224481	Estudiante	Dilery
7	Valentina Mileth Muñoz		2	3	4	4		3147229848	estudiante	Valentina
8	Franchesca pata		2	3	4	3		3001925113	estudiante	Franchesca
9	Shirley Guerrón	1066284582	2	3	4	4		3023854145	Estudiante	Shirley
10	Ivanna Mesa		2	3	4	4		3137370980	estudiante	Ivanna M
11	Valeria Pineda	1065814260	2	3	4	4		3135421082	Estudiante	Valeria
12	Stefanny Solaj	1137724070	2	3	4	4		3002332540	Estudiante	Stefanny
13	Andrea carolina florez		2	3	4	4		3137724070	estudiante	Stefanny
14	gloria Ester Torregrosa		2	3	4	4		3023454778	estudiante	Andrea F.
15	Carol maldonado		2	3	4	4		3[illegible]229909	estudiante	gloria
16	Nadia Catalan		2	3	4	4		3225203319	Estudiante	Carol
17				3				3[illegible]3139513[illegible]	estudiante	Nadia
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"
"LAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Maraton Contra la Violencia de Genero en niños, niñas y adolescentes

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 24/10/2024

LUGAR: I E Leonidas Acosta

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 28 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	Gisell Cujia Carrillo	T1202478975	2	3-3	2	X		3004898459	medicina	
2	Maria Camila Rangel	1104400367	2	4	1	4		3153702790	Medicina	
3	Clarien Pallares	1065927277	2	3	4	1		3001484482	Medicina	
4	Valeria Sofia Diaz Nuñez	1065609182	2	3	4	1		3233602090	Medicina	
5	Ana Gisell Barrero Rangel	1065203233	2	3	4	4		3104762815	Medicina	
6	Luz Saray Figueroa Gu	1061603831	2	3	4	4		3141	Medicina	
7	Jorge Perez	1121532391	1	4	2	4		3108766484	Medicina	
8	Maira Melandra Rojas	1065839548	2	3	4	4		3218911452	Medicina	
9	Tasharen Coriel Vega	1124018896	2	3	4	4		3234014198	Medicina	
10	Jose Gregorio Camilo S.	1122808797	1	4	2	4		3113394537	Medicina	
11	Carlos Andres Aponte Ebrat	1067601224	1	4	4	4		3147571052	Medicina	
12	Carlos Javier Jimenez Pino	1011099103	1	4	4	4		3113051143	MEDICINA	
13	Melany Quintero G	1066350604	2	3	4	4		3128728867	Medicina	
14	Ma Laura Franco P.	1067601619	2	3	1	4		3502975787	Medicina	
15	Sarita Vargas Ariza	1066870790	2	4	2	1		3046660393	Medicina	
16	Laura Theran Oliveros	1067600353	2	3	4	1		3009322479	Medicina	
17	Paula Andrea Tapias	1065606203	2	3	4	4		3012095903	Medicina	
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 INTEI CIONES COLECTIVAS -2024
LIS) DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DEL EVENTO: Maraton contra la Violencia de Genero en niños, niñas y adolescentes

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 24/10/2024

LUGAR: I E Leonidas Acuña

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 (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	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Samuel David Hurtado	1067603759	1	3	4	4	—	3053766818	estudiante	
2	Raul Alberto ARIAS M.		1	3	4	4	—	3206130460	estudiante	RAUL ARIAS
3	Johanys Redondo	1066283329	1	3	2	1	3	3246413891	estudiante	Johanys Redondo
4	Ariana Marquez	1066870389	2	4	2	1	—	3016417898	Estudiante	
5	Isabela Suarez	1066811850	2	3	2	1	—	3011333529	estudiante	
6	Melissa [illegible]	[illegible]	2	3	4	4	—	3214445631	Estudiante	
7	Yiceidys Gomez	1067603931	2	3	4	4	—	3213339071	Estudiante	
8	Laura Ospino	1067603411	2	3	4	4	—	3044934468	Estudiante	Laura O.
9	Brandon Romero	1066280412	1	3	4	4	—	3236746065	estudiante	Brandon R.
10	Ana Lugo Ced	1066283598	2	3	4	4	—	3167721011	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.

EXIGENCIAS Y AMENAZAS:





- Requerir que la pareja cumpla con sus deseos o peticiones mediante amenazas de violencia o represalias.
- Intimidar con hacerle daño a la pareja, a uno mismo o a personas cercanas si no se cumplen las exigencias.



EROSIÓN DE LA AUTOESTIMA:

- Hacer comentarios negativos sobre la apariencia, habilidades o carácter de la pareja con el objetivo de dañar su autoestima y confianza.



- Provocar en la pareja una sensación de inutilidad o incapacidad para tomar decisiones por sí misma.





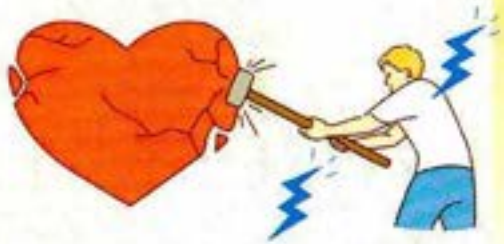
PON MUCHA ATENCIÓN

Es esencial identificar los indicios de violencia en el noviazgo y comprender sus distintas manifestaciones para prevenir y enfrentar situaciones abusivas.

No se debe tolerar la violencia en las relaciones de pareja, por lo que es fundamental buscar ayuda y apoyo si se está en una situación abusiva.

Fomentar la educación sobre estos temas ayuda a fomentar relaciones más sanas y respetuosas.





LA VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

REALIZAR TRES (3) ACCIONES DE INFORMACION EN SALUD CON EL USO DE INTERVENCIONES LUDICAS Y CULTURALES EN ENTORNO COMUNITARIO PARA LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO Y SEXUAL, " EL CUENTO MAS MALO DEL MUNDO".

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 3 SESIONES DE ARTE DRAMÁTICO "EL CUENTO MAS MALO DEL MUNDO"						
ACTIVIDAD	**OBJETIVO**	**FECHA**	**HORARIO**	**SESIÓN N°**	**LUGAR**	**RESPONSABLE**
Realizar tres (3) acciones de información en salud con el uso de intervenciones lúdicas y culturales en entorno comunitario para la prevención de la violencia de género y sexual, "El cuento más malo del mundo"	**Promover las capacidades y empoderamiento de las niñas, niños adolescentes, Jóvenes en los temas de derechos sexuales y reproductivos, prevención de la violencia sexual y de género, habilidades para la vida, que le permitan un desarrollo digno y sano, libre de violencias.**	20 de septiembre 2024	6:00 PM	1	cancha barrio casimiro	equipo PIC
		18 octubre de 2024	4:30 PM	2	Colegio La esperanza	equipo PIC
		8 noviembre 2024	4:30 PM	3	Colegio Bello Horizonte	equipo PIC


ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD
EL CUENTO MÁS
MALO DEL
MUNDO
Una obra de teatro que aborda la prevención del abuso sexual infantil, diseñada para educar a niñas, niños, adolescentes, padres, cuidadores, docentes y comunidad sobre cómo identificar señales de alerta.
Institución Educativa Técnico la Esperanza
18 de octubre 2024
4:30 P.M.
HEAD
PIC
valledupar-cesar.gov.co
@secsaludvup
@secsaludvpr

Señor
Javier Peña
Líder comunitario Comuna 5
Valledupar

Asunto: Socialización Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes, jóvenes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la asistencia y difusión en la comunidad, dado su reconocimiento y liderazgo, en aras de contar con la presencia de los vecinos del sector en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

Señor
Pablo Gutiérrez
Líder comunitario Comuna 5
Valledupar

Asunto: Socialización Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas , Adolescentes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la difusión en la comunidad, dado su reconocimiento y liderazgo, en aras de contar con la presencia de los vecinos del sector en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

Señora
Adriana Arias
Líder comunitario Comuna 5
Valledupar

Asunto: Socialización Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes, jóvenes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la asistencia y difusión en la comunidad, dado su reconocimiento y liderazgo, en aras de contar con la presencia de los vecinos del sector en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

Señora
Benilda Beleño
Líder comunitario Comuna 5
Valledupar

Asunto: Socialización Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes, jóvenes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la asistencia y difusión en la comunidad, dado su reconocimiento y liderazgo, en aras de contar con la presencia de los vecinos del sector en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

Doctora
Patricia Araméndiz
Docente programa de medicina
Fundación Universitaria del Área Andina
Valledupar

Asunto: Invitación Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes, jóvenes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la asistencia y participación, desde su rol de docente junto a su grupo de estudiantes, en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, la cual contará con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	9/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Señora
Etel Carrillo
Líder comunitario Comuna 5
Valledupar

Asunto: Socialización Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes, jóvenes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la asistencia y difusión en la comunidad, dado su reconocimiento y liderazgo, en aras de contar con la presencia de los vecinos del sector en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

Señora
Yoleima Janeth otalvarez mindiola
Líder comunitario Comuna 5
Asociación Mixta la Nevada II

Asunto: Socialización Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas , Adolescentes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la difusión en la comunidad, dado su reconocimiento y liderazgo, en aras de contar con su presencia y la de sus madres líderes y usuarias vecinas del sector, en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

	MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	Fecha:	
	SECRETARIA LOCAL DE SALUD	9/10/2024	
	HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	pagina	
	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	1	

Señora
Marisela Ortiz
Líder comunitario Comuna 5
Fundafro - Valledupar

Asunto: Socialización Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas , Adolescentes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la difusión en la comunidad, dado su reconocimiento y liderazgo, en aras de contar con la presencia de los vecinos del sector en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

Señor
Adriano Lima
Líder comunitario Comuna 5
Valledupar

Asunto: Socialización Acciones de Salud Pública 2024 en la Dimensión Sexualidad Y Derechos Sexuales Y Reproductivos

Atento saludo.

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Valledupar por parte de la Secretaría Local de Salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza en la vigencia 2024, me permito socializar con usted las estrategia denominada **"El cuento más malo del mundo"** que consiste en desarrollar una sesión de arte dramático, por parte de expertos en el área, cuyo contenido está orientado a la prevención de la violencia sexual en Niños Niñas, Adolescentes, jóvenes y mujeres, ello, en aras de contar con su vinculación al desarrollo de la actividad al interior de la Institución Educativa Técnica La esperanza.

Así las cosas, solicitamos de su acompañamiento en la asistencia y difusión en la comunidad, dado su reconocimiento y liderazgo, en aras de contar con la presencia de los vecinos del sector en la fecha proyectada para la realización de la actividad: **18 de octubre a las 4:30** pm, con la participación de los padres y cuidadores de la Institución y adicionalmente vecinos del sector

De antemano agradecida por su atención

Cordialmente;

LILIANA MARGARITA AGUILAR CARO
Enfermera HEAD – Referente SDSDR PIC 2024

INFORME TECNICO DE OBRA DE TEATRO

"CUENTO MÁS MALO DEL MUNDO" EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA ESPERANZA

ELABORADO POR:
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

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

PIC 2024

1. INTRODUCCION

El Hospital Eduardo Arredondo Daza, en coordinación con la Secretaría Local de Salud, y en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para la vigencia 2024, dentro de la **Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos,** tiene programado el desarrollo de diversas actividades dirigidas a entornos comunitarios y educativos de la ciudad. Entre estas, se destaca la presentación de la obra de teatro **"El cuento más malo del mundo",** una iniciativa de gran relevancia para la prevención del abuso sexual infantil.

Esta obra tiene como objetivo sensibilizar a la comunidad sobre la identificación temprana de signos y síntomas en los niños que puedan indicar situaciones de riesgo, así como informar sobre las rutas de atención disponibles y promover la construcción de entornos seguros y protectores. De esta manera, se busca involucrar activamente a todos los sectores de la sociedad en la protección integral de los derechos de los niños y niñas.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Promover la prevención del abuso sexual infantil, la violencia sexual y de género, fomentando el autocuidado, la identificación de señales de riesgo y la denuncia de conductas inapropiadas, a través de actividades culturales y educativas diseñadas para sensibilizar y empoderar a la comunidad educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a estudiantes, padres y cuidadores sobre la identificación de señales de abuso.
- Fortalecer la capacidad de comunicación y denuncia de la comunidad educativa.
- Promover el respeto por los derechos sexuales y reproductivos.

3. METODOLOGIA

- Identificación y concertación, implementación de la actividad en las instituciones seleccionadas y se definió el cronograma en reuniones con directivos, coordinación académica, docente orientador y lideres de la comunidad.
- Ejecución de actividades y presentación de la obra de teatro en cada institución seleccionada, complementada con actividades lúdicas y de sensibilización.
- Elaborar un informe técnico respaldado por registros y evidencias documentales que permitan documentar de manera integral el desarrollo y los resultados de las actividades realizadas.

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

- Sensibilizar a la comunidad educativa sobre la violencia de género y sexual, promoviendo el respeto hacia los derechos y el cuidado del cuerpo, y fomentando actitudes de rechazo hacia cualquier tipo de abuso.
- Fortalecer el conocimiento y la capacidad de niños, niñas, padres y cuidadores para identificar y denunciar conductas de violencia de género y abuso sexual, asegurando que todos los miembros de la comunidad educativa comprendan su rol en la prevención y protección.

- Generar conciencia en niños, niñas, adolescentes padres y cuidadores sobre la importancia de expresar y denunciar situaciones de riesgo, fortaleciendo la confianza y comunicación entre la comunidad educativa

5. INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

5.1 ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
REALIZAR TRES (3) ACCIONES DE INFORMACIÓN EN SALUD CON EL USO DE INTERVENCIONES LÚDICAS Y CULTURALES EN ENTORNO COMUNITARIO PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y SEXUAL, "EL CUENTO MÁS MALO DEL MUNDO"

5.2. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

- **Inicio:**

Para la ejecución se realizó la actividad en el I.E La Esperanza

Como paso inicial se envió oficio y se realizó concertación con cada una de las instituciones educativas a intervenir mediante reuniones con los rectores y docentes donde se definió el cronograma a seguir para la ejecución de las orientaciones.

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. En este contexto, se estableció contacto con diversos actores clave, entre ellos: Lisandro Leiva Chacón y Hamilton Infante, líderes comunitarios; Yanelis Gonzales Maestres, jefa de la Oficina de Cultura; el Inder; Javier Silva, del Grupo Cívico Cultural de Desarrollo Comunitario; Rita Arias y Xiomara Ortega Ospino, representantes del ICBF; Óscar Jamir Ortega Bolivar, de la Institución Educativa Técnica La Esperanza; Wilmer Ojeda, líder comunitario de la Comuna 4; y el grupo de teatro Maderos Teatro. Asimismo, se contó con el apoyo del cuadrante de la policía.

- **Desarrollo de la actividad:**

OBRA DE TEATRO "CUENTO MÁS MALO DEL MUNDO"- I.E LA ESPERANZA

El día 18 de octubre de 2024, a las 4:30 PM, se llevó a cabo la primera obra de teatro **"El Cuento Más Malo del Mundo"** en la **Institución Educativa La Esperanza**, en el marco del **Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C.)** en la **Dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos**. El objetivo principal de esta actividad fue promover las capacidades y el empoderamiento de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en temas relacionados con los **derechos sexuales y reproductivos**, la **prevención de la violencia sexual y de género**, y el desarrollo de **habilidades para la vida**. Todo esto con el propósito de asegurar un desarrollo **digno y sano**, libre de violencias.

El evento comenzó con una sesión musical animada que captó la atención de los asistentes, especialmente de los estudiantes, quienes disfrutaron de esta dinámica diseñada para generar entusiasmo y preparar el ambiente.

Posteriormente, se dio inicio formal con una cálida bienvenida a los invitados especiales, destacando la presencia de la Dra. Delia Meza referente municipal de la dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos , la gestora social la Doctora Milena Serrano, la Secretaria local de salud Dra. Jaide Medina, la psicóloga Roxana del Hospital Eduardo Arredondo Daza, a la Enfermera Jefe Liliana Aguilar por contribuir a la organización del evento y a los entes Directivos, rector, coordinador, orientador escolar, profesores y estudiantes.

Con esta introducción, La Dra. Milena fue la primera en dirigirse al público, expresando su gratitud hacia los estudiantes, padres de familia, educadores y entes gubernamentales presentes. Resaltó la importancia de eventos como este para fortalecer la cohesión comunitaria y trabajar juntos en la protección de los derechos de niños y adolescentes.

A continuación, la Secretaria de Salud, Lic. Jaide Medina, ofreció palabras de bienvenida y reafirmó el compromiso institucional con la promoción de entornos saludables y seguros. Hizo un llamado a todos los asistentes para que actúen de manera activa en la detección y prevención de cualquier forma de violencia o abuso.

Seguidamente, la Dra. Delia Meza agradeció la asistencia masiva y subrayó que la educación y el compromiso comunitario son herramientas clave para transformar realidades y garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes crezcan en un entorno libre de violencia.

La enfermera jefe Liliana Aguilar se dirigió al público para destacar la importancia del cuidado integral en la salud física y emocional, invitando a la comunidad a trabajar unida por el bienestar de sus jóvenes.

La intervención de la psicóloga Roxan cerró esta sección. Con una breve pero contundente exposición, habló sobre los principales síntomas que pueden presentar los niños, niñas y adolescentes cuando enfrentan abuso o violencia sexual. Además, explicó cómo estas situaciones afectan su salud mental y brindó pautas clave para la identificación temprana y el abordaje adecuado de estos casos.

Tras las intervenciones, se procedió con la **proyección de contenido en pantalla**, a cargo de la **Dra. Delia**. Durante esta fase, se presenta un **video educativo** sobre la **importancia de la prevención del abuso sexual**, con el objetivo de sensibilizar y proporcionar herramientas a los asistentes sobre cómo identificar señales de alerta y actuar adecuadamente ante posibles situaciones de riesgo.

El contenido proyectado incluyo:

- **Estadísticas relevantes** sobre la prevalencia del abuso sexual, resaltando la importancia de la detección temprana y la intervención preventiva.
- **Testimonios** que reflejan experiencias de personas que han superado situaciones de abuso sexual, destacando la relevancia del apoyo emocional y la búsqueda de ayuda profesional.
- **Material educativo** que explica los **signos de alerta** en niños, adolescentes y adultos, y cómo reconocer comportamientos que puedan indicar abuso o manipulación.
- Información sobre **cómo actuar** en caso de sospecha de abuso, incluyendo los pasos para denunciar, la importancia de buscar apoyo en las autoridades competentes y el acceso a servicios de acompañamiento psicológico.

La proyección tuvo como finalidad **educar** y **empoderar** a los participantes para que se conviertan en agentes de cambio dentro de su comunidad, contribuyendo a la creación de un ambiente más seguro y libre de violencia sexual. Además, se hizo hincapié en la importancia de la prevención a través de la información y el respeto por los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

A continuación, se dio paso a la presentación teatral **"EL CUENTO MÁS MALO DEL MUNDO"**, una historia que fusiona elementos simbólicos y cotidianos para visibilizar los efectos de la violencia y abuso sexual, psicológico y físico en la vida de los niños y adolescentes. La obra, protagonizada por un elenco comprometido con transmitir un mensaje poderoso, contó la historia de Juliana, una niña de 8 años que vivía con sus padres, su hermano menor Ricardo y su tío Enrique, quien estudiaba bachillerato.

GUION DE LA OBRA "EL CUENTO MÁS MALO DEL MUNDO",

LA OBRA COMIENZA CON EL ESCENARIO VACÍO. ACTO SEGUIDO, SE ESCUCHA UNA VOZ EN OFF.

NARRADOR. - *Voz off.*

"Hoy vamos a contarles, una pequeña historia que bien podría ser la historia de cualquier niño: La de Carlitos, la de Daniela, la de Andrés, la de Julián o de Juliana… Hoy, le vamos a contar lo que le sucedió a Juliana. Una niña bella y divertida que, al igual que todos los niños del mundo, necesitan del cuidado de nosotros; las personas mayores.

Comencemos".

VOZ EN OFF DE NIÑO. – *Juagando.* Uno – Dos – Tres – Cuatro – Cinco - Seis – Siete – Ocho – Nueve – Diez – Once – Doce – Trece - Catorce y Quince… ¡Estén donde estén, allá voy!

Mientras se escucha el conteo entran niños corriendo por toda la escena afanados por encontrar un lugar donde esconderse. Y lo hacen en cualquier parte.

Al terminar el conteo aparece un chico buscando a sus compañeros de juego.

¡Te viiiii! ¡Te viiiii! ¡A tí también te vi!

Finalmente descubre a todos los niños con las discusiones infantiles normales. "De la nada" aparece un compañero que toca a uno de ellos mientras grita:

¡¡¡Chuce para mí y para todos mis amigos!!!

La molestia del niño buscador es evidente. Se deshace ese juego porque suena el timbre del Colegio.

¡¡¡¡Riiiiiiiiiinnnnnnnn!!!!

Todos los niños se sientan en el piso y se ponen atentos a la llegada de la profesora. Laprofesora los saluda y les hace entrega de las calificaciones obtenidas de un

examen que acaban de realizar. En este ejercicio – *Con texto libre*-, la profesora va diciéndole a cada muchacho cómo le fue. Los muchachos van reaccionando de acuerdo con el resultado obtenido. Aquí es necesario hacer mayores reconocimientos y palabras de elogio a Juliana, la niña protagonista, por los logros obtenidos. Se puede decir que ella es muy buena estudiante, que obtiene buenas calificaciones, que su comportamiento es excelente, etcétera…

Al finalizar la entrega de notas, la profesora les anuncia que la semana siguiente van a celebrar el día de la familia para lo cual deberán llevar un dibujo alusivo a la familia hecho por ellos mismos. Ese día, deberán ir acompañados de un familiar.

Todos salen tras la profesora, con el pretexto de ir a otro salón a ver un video

Aparece Juliana con Antonio, su tío. Se ponen a hacer el dibujo. Y aquí se nota la excesiva cercanía del tío y el dominio que éste tiene sobre la niña.

A la niña se le ve asustadiza y obedece las exigencias y requerimientos del tío. En

algún momento, el tío la estruja, la grita, la intimida...

Esta escena comienza con dos muchachos que entran un letrero en el que se anuncia:

Después, cantan y bailan *"la granja de mi tío"*. Juegan y hacen todas las piruetas posibles. Después de esto, se van a un lateral. Allá en una ronda, hacen juegos de manos, etc.

Mientras tanto, por el otro lateral del escenario. Aparece Juliana, acompañada de su tío. Juliana se ve abstraída porque el tío no le permite que se mueva, que se integre con los otros niños, que haga otras cosas.

Cuando los niños la ven, uno de ellos corre a darle la mano invitándola a jugar. Pero el tío lo despacha dándole un manotón. El niño asustado regresa donde están los otros y casi llorando les hace saber que ese señor; lo manoteó.

Los muchachos en coro insisten a Juliana que venga a jugar, pero ella no se atreve a dar un paso porque el tío no se lo permite. Finalmente, una de las niñas se acerca donde Juliana la toma de la mano y se la lleva hacia la ronda de los muchachos.

Siguen con juegos de manos, rondas que ellos inventan y dicen cosas.

En una de esas, como es natural y de forma inocente y despreocupada, Juliana y un niño se quedaron agarrados de mano, razón por la que sus compañeritos en coro les gritan:

¡Son novios! ¡Son novios! ¡Son novios!

Mientras los niños gritan esto. El tio se ve supremamente molesto. Finalmente, los niños salen por un lateral. Los últimos en salir son Juliana con el muchachito que continúan de manera inconsciente agarrados de mano, como niños que son. Cuando intentan salir, el tío ya no soporta más y le da un grito a Juliana.

TÍO. - ¡¡¡Juliana!!!

Juliana se detiene violentamente. El otro niño sale corriendo asustado. El tio se acerca a la niña ahora, con voz dulzona.

TÍO. - Venga mijita. No me deje solo. No deje solo a su tío querido; vea que estamos en familia.

Salen.

Hay que decir que de la escena anterior fue testigo la profesora que había entrado, por un lado y se detuvo para observarlo todo.

Cuando sale Juliana con el tio, la profesora queda en escena en actitud pensativa y preocupada. Saca una libreta, un bolígrafo y se pone a hacer anotaciones como dando a entender que hacía apuntes respecto de lo que acaba de ver; lo que acaba de suceder.

Al fondo de la escena, aparecen dos muchachos con un letrero en el que se lee:

Al día siguiente…

Entra una mujer corriendo. Trae sobre su cabeza un casco de obrero. Pareciera ser trabajadora de alguna empresa de construcción o algo así. Saluda a la profesora. Es la madre de Juliana.

MADRE DE JULIANA. - *Se le ve hablando con afán*. Discúlpeme, profesora, por haber

llegado un poco tarde y a las carreras, pero es que..., estaba en el trabajo y casi no me dan permiso para asistir a su llamado. Dígame, profesora; ¿para qué me llamó? Cuénteme, ¿qué sucede?

La profesora la pone al tanto de las cosas que le preocupación. Le comenta que nota que la niña Juliana ya no es la niña alegre y emprendedora que siempre ha sido. Ahora, Juliana se muestra retraída. Es una niña que no quiere salir a recreo, no quiere jugar con los compañeros. De un tiempo a esta parte dejó de traer las tareas que se les ha pedido.

MADRE DE JULIANA. - *Sorprendida*. No, profe. ¿Segura que usted está hablando de Juliana? No, mire que mi niña, no... Ella es una niña muy activa. Hace todas sus tareas porque su tío le ayuda... Ella tiene a su tío, su tío Antonio, que es quien la ayuda siempre porque es él quien siempre está con ella, porque... porque yo estoy trabajando todo el día y el papá también y estamos por fuera todo el día... Vemos a Juliana solo un ratico por las noches, pero..., ella hace sus tareas, sí hace sus tareas... El tío está con ella, profe. Etc.

PROFESORA. - Mire usted que precisamente acabamos de celebrar el día de la familia y, Juliana estaba acompañada de un señor que yo no he visto nunca.

MADRE DE JULIANA. - Ah, precisamente; él es Antonio. Él es el tio de Juliana. Es el que le ayuda. Él es el que está con ella siempre profe. Él, es mi hermano. Su tío... Etcétera.

PROFESORA. - *Con actitud de extrañeza*. Ah. Él es el tío de Juliana... Bueno, de todos modos, la niña está así. Yo le pido que hable con ella. Miremos a ver qué es lo que sucede porque ella no está bien. No es la Juliana que aquí conocemos. Nosotros desde la Institución seguiremos haciéndole seguimiento para ayudarla en todo lo que podamos. Pero..., le pedimos que usted allá en casa también revise y esté atenta qué está pasando, qué sucede con ella.

MADRE DE JULIANA. - *Siempre con actitud de terminar la charla*. Sí, claro. Claro que sí. Voy a hablar con ella. Sí, yo... reconozco que ella permanece sola, pero..., bueno, por suerte y gracias a Dios, ella está con el tío que la cuida todo el tiempo. Pero, de todos modos, yo voy a hablar con ella profe, claro que sí, para ver qué sucede y..., voy a estar atenta. Muchas gracias, profe y..., profe..., discúlpeme..., tengo que irme. Me están esperando en el trabajo. Yo pedí permiso sólo por un momentico...

PROFESORA. - Sí, la entiendo. No se preocupe. Gracias por venir. Se despiden.

Aparece Juliana durmiendo en una cama pero con sueño alterado. Se le ve Incómoda. Aparecen unas figuras a su alrededor. Juliana tiene pesadillas. Figuras grotescas danzan, saltan y cantan a su alrededor, la atormentan. Son fantasmas, monstruos, cosas así. En medio de esas figuras aparece el tío también en actitud sombría, amenazante. La manosea, la toca, la acaricia y la niña agoniza se retuerce y finalmente; da un grito y despierta

¡MAMÁ!

Entra corriendo su madre y la abraza. Le dice -*en texto libre*-, todas las palabras tranquilizadoras posibles. Cuando lo ha logrado…

MADRE DE JULIANA. - Cuéntame hija, ¿qué te sucede, por qué estás así últimamente?

La niña con palabras entrecortadas, inseguras y mucho miedo, empieza a hablarle a la mamá.

JULIANA. - …lo que pasa es que… Es que…

MADRE DE JULIANA. - ¿Es que qué, hija? Cuéntame.

JULIANA. - Lo que pasa es que… *la niña mira hacia todos lados en actitud evidente de miedo.*

MADRE DE JULIANA. - ¿Qué, hija? ¿Qué…?

JULIANA. - ¿Mi tío está por aquí? ¿Está por aquí mi tío…?

MADRE DE JULIANA. - No, hija. Él no está aquí. Estamos solas, tú y yo. Cuéntame, ¿qué es lo que sucede?

JULIANA. - Lo que pasa es que es que mi tío... Es que mi tío...

MADRE DE JULIANA. - Tu tío, ¡¡¿qué?!!! ¡¿Qué pasa con tu tío?¡

JULIANA. -Lo que pasa es que mi tío... *La Niña levanta la voz y grita.* ¡Es que mi tío me toca! ¡PERO YO NO QUIERO!

En un juego teatral, la niña se distancia de la mamá y corre hacia donde está su tío quien aparece por el fondo. Aquí se va demostrando con acciones lo que la niña está delatando. Cuando dice: es que mi tío me toca; se ve al tío tocándola. Obviamente, de forma muy teatral, muy poética. Pero la niña actuando, sufriendo, padeciendo.

Juliana continúa.

- Es que mi tío, mi tío... Me pide que le muestre mis pantis. ¡PERO YO NO QUIERO! ¡YO NO QUIERO!

Se ve al tío levantándole la falda a la niña.

- Lo que pasa es que mi tío... Mi tío, ¡me pide que le dé besitos!

TÍO. - Venga mijita, venga sobrinita. Un besito para tío, un besito para tío.

- ¡PERO YO NO QUIERO! ¡NO QUIERO! ¡NO QUIERO!

La niña sale corriendo por un lateral dando gritos.

Mientras esto sucede, la madre que escucha todo con espanto va reaccionando a partir de las palabras de la niña. De lo que está descubriendo. Se le ve alterada, terriblemente alterada y sufrida. Cuando la niña sale corriendo. Ella da un grito.

¡Antonio!

Seguidamente hay un juego escénico en donde aparecen unos auxiliares con una reja. La ubican delante del tío Antonio y éste se ve detrás de la reja en actitud de preso. Sometido.

Entran todos los actores. Se desdoblan. Se ubican en hilera. Tres de ellos llevan

láminas en las que se pueden ver un número en cada una de ellas: 1 – 4 – 1; el 141, que es la linea a la que se debe llamar en busca de ayuda cuando los niños o cualquier persona está en riesgo de sometimiento o violación.

Finalmente entra la profesora quien desde un lateral de la hilera de niños anuncia el final de la obra con estas palabras: -Si alguien te toca, no te quedes callado. Llama a estos números que allí tendrás ayuda. Si te tocan; ¡Cuéntalo! ¡No te quedes callado!

Se escucha la voz en off del narrador:

NARRADOR. - Lamentablemente suceden cosas como estas que hacen un daño enorme a nuestros hijos. Hay que estar siempre atento. Muy atento. Los niños necesitan de nuestro cuidado. Si eres víctima de acoso. Denuncia. No te quedes callado. El silencio en estos casos solo le conviene a los malos. Personas como éstas deben estar allí -*Señala a Antonio*-, y permanecer allí.

¡No te quedes callado!
TELÓN

A medida que la historia avanzaba, el público pudo observar cómo los padres de Juliana enfrentaron una situación que desafortunadamente afecta a muchas familias: la revelación de un abuso dentro del entorno familiar. Con un enfoque educativo y emocional, la obra no solo representó la realidad de muchas víctimas, sino que también mostró la importancia de la escucha activa, el apoyo familiar y la denuncia.

El guion concluyó con un mensaje de esperanza y empoderamiento, subrayando que hablar y buscar ayuda son pasos esenciales para superar el abuso y garantizar la seguridad y el bienestar de las niñas y los niño.

Cierre del evento:

La presentación se complementó con actividades lúdicas y culturales en un entorno comunitario, donde se buscó que los participantes, especialmente niños, niñas y adolescentes, pudieran reconocer sus derechos y disfrutar de una sexualidad libre de violencia, coacción o abuso. También se hizo énfasis en la importancia del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando su derecho a la información y atención en estas áreas. Esta actividad tuvo como meta contribuir a la creación de un entorno más seguro, informativo y respetuoso para las nuevas generaciones.

Se llevaron a cabo diversas actividades destinadas a sensibilizar a la comunidad sobre estas problemáticas sociales. Entre ellas, destacó la presentación del grupo de danza que al son de la cumbia, cautivó a los asistentes con una coreografía emotiva que incluyó el uso de velas, un detalle que capturó especialmente la atención del público. Los movimientos sincronizados y el simbolismo de las velas añadieron un impacto visual y emocional significativo, reforzando los mensajes clave de la jornada y creando una experiencia profundamente conmovedora.

Además, se organizaron actividades lúdico-recreativas cuidadosamente diseñadas para proporcionar un toque de alegría y diversión a la experiencia de los participantes. Estas dinámicas no solo promovieron la interacción positiva entre los asistentes, sino que también fomentaron la cohesión social y contribuyeron al bienestar emocional de cada individuo. El objetivo principal fue crear un ambiente relajado, participativo y cargado de esperanza, donde la comunidad pudiera reflexionar, compartir y encontrar apoyo mientras disfrutaba de momentos significativos de unión y recreación.

Esta combinación de expresiones artísticas, como la danza, y actividades recreativas permitió transmitir el mensaje central de manera efectiva, sensibilizando a los presentes y promoviendo un compromiso conjunto hacia la construcción de una sociedad más segura y respetuosa.

5.3 RESULTADOS

- **Reconocimiento de derechos por parte de niños, niñas y adolescentes**: Los participantes identificaron sus derechos relacionados con la sexualidad, incluyendo el disfrute pleno, la ausencia de violencia, coacción o abuso, y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- **Fortalecimiento de habilidades y empoderamiento**: Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desarrollaron capacidades para prevenir la violencia sexual y de género, además de adquirir herramientas de habilidades para la vida que promuevan un desarrollo digno y libre de violencias.
- **Mayor compromiso de padres e instituciones educativas**: Se generó conciencia en los padres para mantenerse atentos a las necesidades de sus hijos y en las instituciones educativas para actuar ante los primeros signos de abuso y violencia sexual, promoviendo un entorno seguro y protector.

5.4 IMPACTO

La obra teatral **"EL CUENTO MÁS MALO DEL MUNDO"** fue profundamente significativo, logrando conmover y sensibilizar a los asistentes a través de su mensaje potente y la intensidad de su representación. La puesta en escena incluyó elementos dramáticos como gritos y llantos, que recrearon de manera vívida las emociones y situaciones que atraviesan las víctimas de abuso. Estos recursos artísticos provocaron una fuerte reacción emocional en el público, generando empatía y reflexión sobre la gravedad de estas problemáticas.

Algunos asistentes, particularmente aquellos más sensibles, manifestaron su conexión emocional con la obra. El mensaje central de la obra, enfocado en la prevención, el cuidado y la denuncia, caló profundamente en la audiencia, despertando conciencia sobre la necesidad de actuar como agentes protectores dentro de sus comunidades.

Además, el formato lúdico y cultural de la obra permitió transmitir un tema complejo de manera accesible, lo que facilitó el aprendizaje tanto en niños como en adultos. El impacto emocional generado por la representación no solo sensibilizó a los presentes, sino que también fomentó conversaciones posteriores, abriendo espacios de diálogo sobre la prevención del abuso sexual y la construcción de entornos más seguros para los niños y niñas.

Este tipo de iniciativas demuestra cómo el arte puede ser una herramienta poderosa para movilizar comunidades y promover el cambio social.

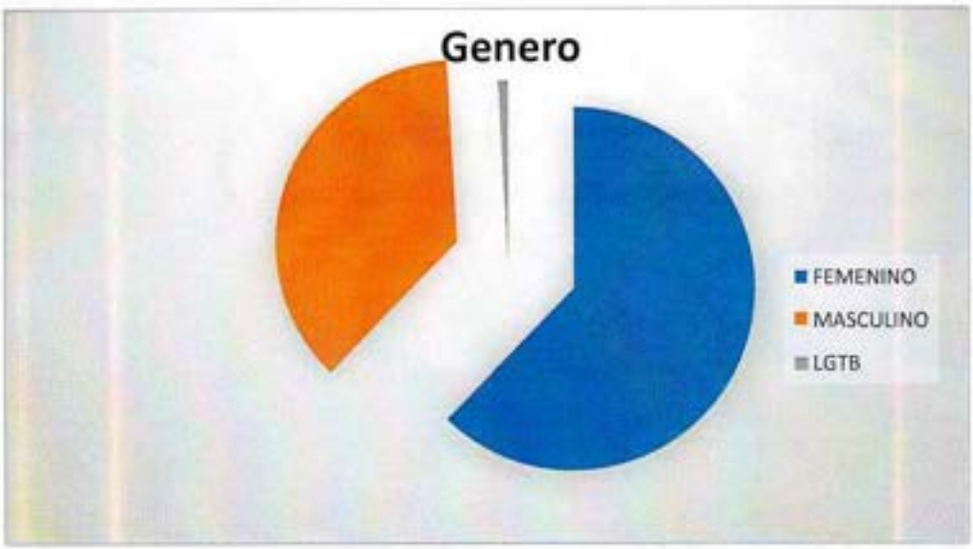
construcción de entornos más seguros para los niños y niñas. Este tipo de iniciativas demuestra cómo el arte puede ser una herramienta poderosa para movilizar comunidades y promover el cambio social.

6. CARACTERIZACIÓN DE ASISTENTES

ENFOQUE DIFERENCIAL

En la actividad participaron un total de 114 personas, de las cuales 71 fueron de sexo femenino, 42 de sexo masculino y 1 de la comunidad LGBTIQ+. La participación incluyó personas de diversos cursos de vida.

SEXO Y GÉNERO

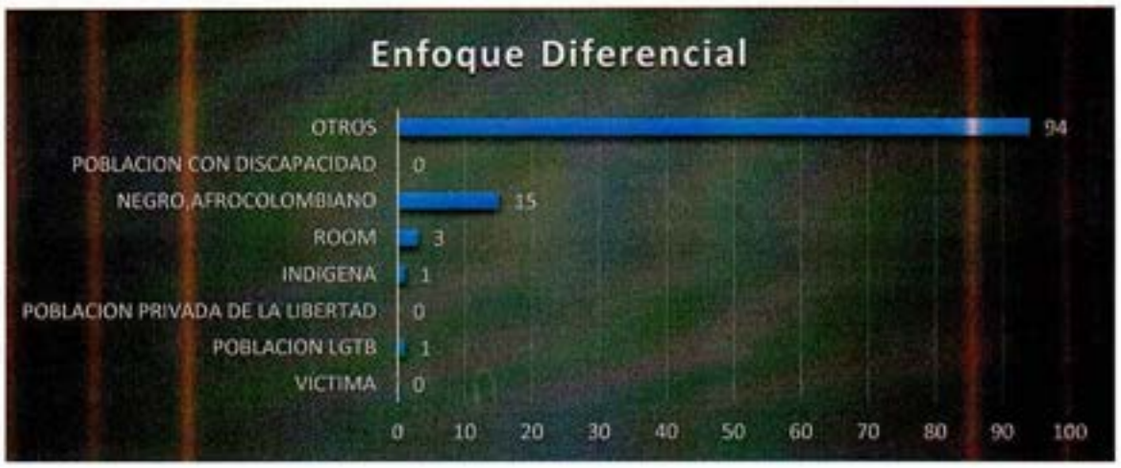


El 62% de la población es de sexo femenino, el 36% de sexo masculino y un 2% LGBTQI+

CURSO DE VIDA



La comunidad con mayor representación fue la de la juventud, que constituyó el 45% del total, seguida por la adolescencia con un 26% y la adultez con un 19%.



EL 13% de los asistentes se consideran dentro de la población afrocolombiano un 87% se encuentras en otros.

5.5 ANEXOS

C. Registro fotográfico y filmico

En el perfil oficial de Instagram de **SECSALUDVUP**, se compartió un video que resume los momentos destacados de la actividad. Enlace a la publicación: https://www.instagram.com/share/_3P29bR-c

EL CUENTO MAS MALO DEL MUNDO- 18 DE OCTUBRE DEL 2024

I.E LA ESPERANZA





EL CUENTO MAS MALO DEL MUNDO- 18 DE OCTUBRE DEL 2024

I.E LA ESPERANZA









En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 2 días del mes de noviembre de 2024

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Denis Villero – Sayuris Sanguino
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del. PIC 2024

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?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Sesión de arte dramatica "El cuento más malo"

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 18/10/2024

LUGAR: IE la 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 (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	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yonaiske González		2	2	4	4	4			
2	Lena Marie Bolaño	1062806944	2	4	1	1	1	3043724727	fundefo	Lina Bolaño
3	Thiago Mendoza Barrios	1066841135	1	1	1	1	—	3043724727	fundefo	Lina Bolaño
4	Juan Pablo Mendoza Barrios	1066583058	1	2	1	1	—	3043724727	fundefo	Lina Bolaño
5	Edith Ramos Loreto	1045226435	2	4	4	4	—	3225200181	fundefo	Edith Ramos
6	Samuel David Barrios		1	2	1	1	—	3015563063	Fundefo	Lina Bolaño
7	Neil Dastyt Ovalle	1067598596	1	4	4	4	—	311894 2439	Arcandina	
8	Ismenia Moreno Fuentes	1065578027	2	4	2	1	—	3213117329	Arcandina	
9	[illegible] López Díaz	[illegible]	2	4	1	4	—	3158337848	Arcandina	
10	Yelsy Julyssa García	1076917040	2	4	1	4	—	3178143149	Arcandina	Yelsy Julyssa
11	Natalia Arango López	1065796393	2	4	4	4	—	3235729538	Arcandina	
12	María Esperanza Arias Reyes	1065592154	2	4	4	4	—	3113752707	Arecandina	Esperanza Arias
13	María Paula Fonseca Barrios	1066868497	2	4	4	4	—	3206402488	Arcandina	María Paula F.
14	Rafael D. Gil	1066269516	1	4	4	4	—	3166651403	Arcandina	RG
15	Jesus dalte rodriguez	1067595131	1	4	4	4	—	3174383476	Arcandina	Jesus dalte R.
16	Jorge Cartagena Serrano	1062868009	1	4	—	—	—	3112266232	Jorge Andina	Jorge
17	Fernando Diaz Mendoza	1062359513	1	4	4	—	—	3174430204	ARCANDINA	FERNANDO DIAZ M.
18	Natha Manjarrez	1196[illegible]	2	4	—	—	—	3205925547	Nathalia	Nathalia
19	Harangel Demicio	1066[illegible]	2	4	—	—	—	3205792597	Nathalia	Harangel R.
20	Danny Daniel Mejos	652725	1	4	—	—	—	3105052661	Danny	Danny 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

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Arte dramatico "El cuento más malo"

RESPONSABLE: Dend Villar- Sayon. FECHA: 18-10-2024

LUGAR: I.E. La 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) 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 Martinez	1065617050	1	3	—	—	—	3233068334	I.E. esperanza	Angel
2	Jesus De la Hoz	1065674865	1	3	—	—	—	311722 4153	I.E. esperanza	Jesus
3	Jhonatan coronel	50377705	1	3	—	—	—	3217214817	I.E. Esperanza	Jhonatan C
4	Luis Manuel Charry	1,122406379	1	3	—	—	—	3216126114	I.E. Esperanza	Luis manuel
5	Yeiser camacho	1003236647	4	3	—	—	—	3216126114	I.E Esperanza	Yeiser David
6	Dayan Arrieta	1124406413	1	3	—	—	—	3148279	I.E Esperanza	Dayan arrieta
7	Faiver Acosta	56856660	1	3	—	—	—	3003395471	I.E. Esperanza	
8	Mateo Rojas	1067605513	1	3	—	—	—	3023043859	I.E. Esperanza	Mateo Rojas
9	Jhonatan Ayala	1063595	1	3	—	—	—	3215949	I.E. esperanza	Jonathan Ayala
10	Juan esteban alvarado	1066882	1	3	—	—	—	318696230	I.E. esperanza	Juan esteban
11	TOMÁS OSPINO	1085251893	1	3	—	—	—	3132506	I.E. Esperanza	Tomas
12	Juan Maestre	1082916992	1	3	—	—	—	324537	I.E Esperanza	Juan
13	Juan Davila	1062811	1	3	—	—	—	3234493	I.E esperanza	Juan Davila
14	Carlos Andres Sierra	1066664124	1	3	—	—	—	3216620	I.E esperanza	Carlos Sierra
15	Luis Hernan Mejia S.	1065593800	4	4	—	—	—	3116704785	I.E esperanza	Luis Mejia
16	Jhoannis Luna	1064785	1	3	—	—	—	3016761	I.E esperanza	Jhoannis Luna
17	Victor Jose Caraballo	5822373	1	3	—	—	—	3022286	I.E esperanza	Victor Jose
18	Julian Andres CUBILLO	1065721	1	3	—	—	—	3017722	I.E esperanza	Julian
19	Kevin Gordon M.	1065624	1	3	—	—	—	3243199	I. Esperanza	Kevin
20	Daniel Rocha Bonilla	1065608	1	3	—	—	—	3117531821	I esperanza	

*(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

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Sesión de cine dramático el cuento mas malo

RESPONSABLE: ____ FECHA: 18 - 10 - 2024

LUGAR: I.E.T. La 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 (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	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Silvia Salazar	49744374	2	5	4	4	—	3157770774	—	
2	Pedro Vargas Acosta	7571974	1	3	—	—		3218340128	—	
3	LIBARDO José MENDOZA	77170483	1	5	2	1	—	3182161554		
4	Ana Eloisa Ereniz D	26974133	2	5	2	1	—	3103837510	—	
5	Armando Sagarra C	5095329	1	5	4	4	—	3156384648	—	
6	Darlen [illegible]	764 70433	2	5	—	—	—	3022283053	—	
7	Zoraida Rodriguez	22621619	2	5	4	4	—	3157431219	—	
8	Calixto Mendiola R	7719737	1	5	2	4	1	3136862449	—	
9	Piedad de la Hoz	22.634.504	2	5	—	—	—	3003759472	—	
10	Claraluz Barros Pino	36737886	2	5	—	—	—	3145335638	—	
11	Jimino Zo[illegible]	77175434	1	5	—	—	—	3104253169	—	
12	Nelson Figueroa	8713987	1	5				3217022760		
13	Esperanza Rodríguez	77185827	1	5	4	4	—	3015691234	—	
14	Yury Agudelo	49738336	2	5	4	4	—	3164742723	—	
15	Juan Francisco [illegible]	77'1012114	1	6	4	4	1	3103558410	—	
16	Breyar Mena Baja	1065760872	1	5	4	4	—	3028194818	—	
17	Luis Eduardo Padilla Cujiano	77171778	1	5	4	4	—	3004941834	—	
18	Danida Margot Z.	1065834607	2	4	4	4	—	3008671049	—	
19	Lizeth Carolina Rivera	1065811405	2	4	—		—	3175380463		
20	Jorge Luis Ortiz	12623948	1	5	4	4	1	3045593953	—	

*(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 ERASMO ARRIETA DIAZ E.S.E.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Sesion de arte dramatica "el cuento mas malo"

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 18/10/2024

LUGAR: I.E la 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) 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	Danna Alejandra Luque		2	3	4	4		312803607	Estdiante	Danna
2	Karelys Avila	*5915758	2	2	4	3		3003468	Estdiante	Karelys A.
3	Valentina Escorcia G.	1043009912	2	3	4	1		304202380	Estdiante	Valentina E.
4	Adriana Arias Mejia	1063486998	2	3	4	4		3004171297	Estdiante	Adriana A
5	Natalia Perez caro	1067605130	2	3	4	1		3014292401	Estdiante	Natalia perez
6	Keila mueges	1062389103	2	3	4	1		3023512848	Estdiante	Keila mueges
7	Ninoska cabarca Hoyos	1065602844	2	4	4	4		3005564033	Estdiante	Ninoska cabarca
8	Ati Jurnaturn Ibiendo	1063592180	2	4	2	4		313692 9781	Estdiante	
9	Camila Martinez S.	1081914688	2	3	4	4		3226428188	Estdiante	Camila M.
10	Carmen Palmera	1065584476	2	4	4	4		3106218024	Estdiante	Lorien P.
11	Laura Daniela Tapi	1065629719	2	3	4	4		3239560384	Estdiante	Laura Tapi
12	Berbainer David Guillen	1065446034	1	3	4	3		3215039194	Estdiante	Berbainer Guillen
13	Lucy nayeth sallaris G	1081802840	2	3	4	4		3014814236	Estdiante	Lucy N.
14	Keyla Bochero Ramirez	1063951734	2	4	1	1		3015819532	Estdiante	Keyla B.
15	Luis Daniel Lagadero	1067603937	1	3	4	4		5807357005	Estdiante	Luis Lagadeo
16	Jhon Jhon SOS	1062597134	1	4	2	4		3241407672	Estdiante	Jhon SOS
17	Daimelys guerrero	7142476	2	3	4	3		3233192884	Estdiante	
18	Isabel Contreras	1085656560	2	3	4	4		3104794380	Estdiante	Isabel C.
19	Adriana Nieves	1067.608038	2	3	1	4		3144176170	Estdiante	
20	Tatiana Hernandez	1067.614.183	2	3	4	4		3241110	Estdiante	

*(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"
UN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Sesión de arte dramatico "El Cuento más malo"

RESPONSABLE: Equipo PIC FECHA: 18/10/2024

LUGAR: I. E la 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) 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	Angelina Caballero Herrera	49.741.634	MUJER	5	4	4	4	3226269980	ASC MUTUO SOCORRO	
2	Edel Carrillo Amos	49767995	2	5	2	4	4	3156505804	ASC MUTUO SOCORRO	
3	Kelys Fonseca	1065579488	2	5	1	4	1	3117933150	Fundacion AFRO	
4	Shoana Castro Salcedo	1065590253	2	4	1	4	1	3224985599	FundafrO	
5	Icaines Pardo Gamez	1065850556	1	4	1	4	—	3104984110	Fundafro	
6	Leidy Johanna Rojas	36311942	1	2	1	4	1	3154846912	FundaFRO	
7	Johanna Vizcaino	1065612403	2	5	1	4	1	3014653049	fundafro	
8	Maricela ortizGuzman	63509484	Mujer	5	1	4	1	3023855073	Fundafro	
9	JOSE ALEJANDRO BARTOLO	1042242657	3	4	1	4	1	3216599697	Alejandrina	
10	Thomas A. Suarez Rubio	1003247001	1	4	2	4	1	3234205053	Areandina	
11	Julieth Blanco osorio	1274747552	1	4	4	4	1	3024193593	Areandina	
12	Juan Jose Villazon Collazos	1065126227	1	4	4	4	—		Areandina	
13	Seyler Jhoss Castillo Vibla	1098644860	1	4	4	4	—	3128018880	Areandina	
14	Isabel Sofia Lobo Solano	1067601647	Muj Bin	3	4	4	—	3103628564	Areandina	
15	Sharon Suarez Perez	1103860054	2	4	4	4	—	3145494419	Areandina	
16	Natalia Zequeira	1065913859	2	4	4	4	-	3168385593	Areandina	
17	Tatiana Barbosa	49610277	2	4	1	1	1	3015563063	fundafro	
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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Sesion de arte dramatica "El cuento mas malo"

RESPONSABLE: Equipo PIC. FECHA: 18/10/2024

LUGAR: I.E la Esperanza

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	Isabela Garcia varela		2	3	4	1		3008707696	Estudiante	Isabela Garcia V.
2	Nayris Martinez V.		2	3	4	4		3186621386	Estudiante	Nayris Martinez
3	Juliana Acevedo		2	3	4	4		3024191773	Estudiante	Juliana Acevedo
4	Daniela Martinez		2	3	4	4		3243016824	Estudiante	Daniela Martinez
5	Aurbin Jose Antonio Tarra	1067587139	1	3	2	4		3215401414	Estudiante	
6	Angeli Arzuaga		2	3	4	4		3128887713	Estudiante	Angelis Arzuaga
7	Yairth espino		2	3	4	4		3153146163	Estudiante	Yairth espino
8	Linnet carolina Dominge		2	3	4	4		3144656742	Estudiante	Linnet Bechelot
9	Luisa Zuleta	1023376633	2	3	4	4		3107455959	Estudiante	Luisa.
10	Karen yiseth Rodriguez		2	3	4	1		3122394964	Estudiante	Karen Rodriguez
11	Jasmairys medina		2	3	4	4		3234444641	Estudiante	Jasmairys medina
12	Natalie Vasquez	1067600837	2	4	4	4		3024284494	Estudiante	
13	Juliana Cataño	1067596004	2	4	4	4		3212272106	Estudiante	Juliana.
14	Vanessa Cervantes	1065986713	2	3	4	4		3126371392	Estudiante	Vanessa C.
15	laura sierra	1065614304	2	3	4	4		1065614304	Estudiante	laura s.
16	markey Torres		2	2	2	4		3215758326	Estudiante	markey T.
17	Mercedes Margarita		2	3	4	2		3128424221	Estudiante	Mercedes
18									Estudiante	
19									Estudiante	
20									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

"[illegible]RETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PL[illegible]DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Sesión de arte. dramatica. "El cuento más malo"

RESPONSABLE: Equipo PIC. FECHA: 18/10/2024.

LUGAR: I. E la esperanza.

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 28 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 (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	Nathalia Margret	1119698278	2	4	2	—	—	3205942547	Nathalia M.	Nathalia M
2	Marangel Remicio	1066779843	2	4	—	—	—	3205942547	Universitario	Marangel Remicio
3	Valentina Núñez	1003737261	2	4	—	—	—	3245708154	Universitario	
4	Danny Daniel Alegra R.	6527725	1	4	—	—	—	3105057661	Universitario	Danny A.
5	Saye Cañizares S.	1066868009	1	4	—	—	—	3112266212	Universitario	
6	fernando Ospino	1067579517	1	4	—	—	—	3145430206	Universitario	fernando Ospino
7	Jesús duarte.	1067558131	1	4	—	—	—	3174333489	Universitario	Jesus duarte
8	Maicla Daza Julio	1065130270	2	4	—	—	—	3145868255	Universitario	Maicla De
9	Hector Blanquiceth	1066868055	1	4	2	—	—	3142361127	Universitario	Hector Blanq
10	Santago Machado	1065839981	1	4	2	—	—	3158669440	Universitario	Santago
11	Jurian Blandon	1214747552	1	4	—	—	—	3148429181	Universitario	Jurian Blandon
12	Thamar Alfonso	1003242001	1	4	—	—	—	3234205053	Universitario	
13	Jose Alejandro Socarras	1064274784	1	4	—	—	—	3216599687	Universitario	
14	Sindy Saileth Arana	1093060285	2	4	—	—	—	3123127778	Universitario	
15	Santiago Jose.	1067591038	1	4	—	—	—	3013527374	Universitario	Santiago
16	María Paula Ruiz	1065939699	2	4	—	—	—	3164095940	Universitario	Maria Pa
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.

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

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NUMERO SGR- 423-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: 1 de octubre al 31 de octubre de 2024

					ACTIVIDADES EJECUTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCION		ACUMULADO DE EJECUCION			ACTIVIDADES POR EJECUTAR		
DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	COMPPONENTE OPERATIVO	VALOR PROGRAMADO	CANTIDAD PROGRAMADA	No. DE ACTIVIDAD EJECUTADA MES	VALOR DE LA ACTIVIDAD MES	% DE EJECUCION MES	TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS-Acumulado	VALOR TOTAL EJECUTADO - Acumulado	% DE EJECUCION ACUMULADO	No. DE ACTIVIDADES PENDIENTES	VALOR TOTAL POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
Ambito y Salud Laboral	Realizar (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora de economía popular caracterizada en los diferentes sectores según lineamientos políticas y acciones en seguridad y salud en el trabajo en el Municipio de Valledupar zona urbana diez (10) y rural quince (15).	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 70.000.000	25	8	$ 22.400.000	32%	8	$ 22.400.000	18	$ 50.400.000	72%	7	$ 19.600.000	28%
	Caracterizar mil (1.000) trabajadores informales nuevos adscritos a pequeñas unidades de negocios, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar. Incluye el cargue a la página del MSPS	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 20.000.000	1000	188	$ 3.760.000	19%	188	$ 3.760.000	688	$ 13.760.000	69%	312	$ 6.240.000	31%
TOTAL									$ 26.160.000						

ELBA UZTARIZ MARTINEZ
Gerente
E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

NANCY TAMAYO MORÓN
Subdirectora científica
Supervisor

Proyectó:

BELKIS CORDOBA QUINTERO
Profesional - Apoyo coord. PIC 2024

INFORME DE ACTIVIDADES

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA LOCAL DE SALUD
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 MAS LA ADICION REALIZADA EN EL MES DE AGOSTO $ 553.426.712,80 **TOTAL, CONTRATO: $ 1.961.168.632,80**
OBJETO DEL CONTRATO	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.
PLAZO DEL CONTRATO	9 MESES
PERIODO REPORTADO	**1 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2024**
DIMENSION	**SALUD Y AMBITO LABORAL**
VALOR ASIGANDO EN LA DIMENSION	**90.000.000**

ACTIVIDAD A EJECUTAR	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	ANEXO /FOLIO
Caracterizar mil (1.000) trabajadores infofmales o economía popular, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar. Incluye el cargue a la página del MSPS	Esta actividad de caracterización a la población trabajadora informal se realizado por medio de un instrumento (encuesta) de forma manual, la cual es diligenciada en su totalidad por el grupo de caracterizadores. Las encuestas se realizaron en los diferentes sectores para un total de 188 caracterizaciones.	• caracterización, consolidado en Excel de los avances y su cargue a la página del MSPS. • Entregar en físico y digital en memoria USB • Archivo de población diferencial • Seguimiento al plan de acción de la vigencia • Registro fotográfico con georreferenciación y fecha • Registro de asistencia formato de anexos técnicos Videos

Realizar (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora de economía popular caracterizada en los diferentes sectores según lineamientos políticas y acciones en seguridad y salud en el trabajo en el Municipio de Valledupar zona urbana diez (10) y rural quince (15)..	Generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía en el área urbana del municipio de Valledupar y además Intervenciones de información en salud a los diferentes trabajadores del sector informal de acuerdo a su actividad económica sobre la estrategia "**CUÍDATE EN TU TRABAJO:** **Se realizaron en el mes de octubre 8 intervenciones:** - **Corregimiento de los venados** - **Corregimiento de aguas blancas** - **Corregimiento de Rio Seco** - **Corregimiento de Guacochito** - **Corregimiento del Alto de la Vuelta** - **Corregimiento de Guaymaral** - **Corregimiento de Caracolí** - **Sector Urbanización El Rocio-Valledupar.**	Presentación de informe por periodo de los sectores intervenidos. Que incluya: • Videos, • registró de planillas de asistencia, • evidencias fotográficas de perifoneo y de la actividad, infografía y actas de ejecución de la actividad realizada.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 12 días del mes de noviembre de 2024

BELKIS CORDOBA QUINTERO
Coordinadora PIC – 2024

Proyecto: Belkis Córdoba - Coordinadora PIC - 2024

INFORME SALUD Y AMBITO LABORAL

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
Caracterizar mil (1.000) trabajadores informales o economía popular, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar. Incluye el cargue a la página del MSPS
1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

PRESENTACIÓN

La E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza a través de la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Dimensión Ámbito y Salud Laboral, se realiza Caracterización de la población trabajadora informal, ubicada en los diferentes Sector del Hospital Rosario Pumarejo de López, y alrededores, Sector Clínica Arenas y alrededores, así como: Sector de CC Megamall, EDS San Juan y AV Fundación, Sector Cra 4ta con calle 21, Sector Olímpica de los Cortijos, Sector EDS La Esmeralda terminal, Sector Urb. El Rocío y alrededores. de la gobernación y alrededores, entre otras, siendo estas zonas de mayor concentración de trabajadores informales, de los cuales se logró aplicar el instrumento a **188 trabajadores informales** en los rangos de curso de vida adultez, de 18 años hasta vejez de 60 y más, percibiendo en la población objeto receptividad y disposición para el desarrollo de la actividad planteada.

OBJETIVO

Realizar caracterizaciones a la población trabajadora informal de la economía popular, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar.

EJECUCIÓN

Para este mes de octubre se ejecutó un total de: **188** caracterizaciones de la **población trabajadora informal** distribuidas en la zona de los diferentes sectores que fueron priorizadas en el municipio de Valledupar, haciendo referencia al cuarto trimestre, aplicadas con el instrumento y cargadas a la plataforma **CAPTIC.**

La actividad se realiza por medio de un instrumento (encuesta), de forma manual, la cual es diligenciada en su totalidad por el grupo de caracterizadores dos (2); la encuesta consta de 95.2 preguntas, que se distribuyen de la siguiente forma, datos generales del trabajador, datos sociodemográficos, datos socioeconómicos, seguridad social, estilos y condiciones de vida, condiciones de salud y condiciones de trabajo.

Cabe resaltar que los sectores o zonas intervenidos como las Clínicas se encuentran ubicadas en diferentes zonas del Municipio, donde se evidenció que la principal actividad económica de las personas que frecuentan el sector es la del comercio, donde encontramos diferentes grupos en su gran mayoría trabajadores informales que laboran en promedio de 4 a 8 horas y más de acuerdo con la temporada.

Durante el proceso de caracterización se evidencia diferentes actividades económicas tanto de vendedores estacionarios como ambulantes que se dedican a las ventas de diferentes artículos y víveres que van desde fritos, carnes, frutas, jugos, artículos del hogar, artículos de vestir, entre otros. Sin embargo, se evidenciaron otras actividades no propias del sector que en el momento se estaban desarrollando tales como la construcción donde encontramos personas dedicadas a la metalmecánica, o personas que en el momento se encontraban en el sector por temas de compra o distribución de artículos tales como mecánicos, estilistas, o trabajadoras de oficios varios.

En el desarrollo de las jornadas se pudo observar la receptividad de las personas al momento de realizar la encuesta, ya que esto representa para ellos una esperanza, así mismo la ampliación de sus conocimientos a lo que respecta sus condiciones de salud y riesgos propios de sus actividades laborales.

Por otra parte, se observó que en la mayoría de los hogares la base de su sostenimiento está determinado que al menos una persona se dedica al trabajo informal, ya que el nivel educativo de la

gran mayoría es bajo o medio y encuentran en esta una acción de trabajo para sostener a su familia, entre estas labores se pueden resaltar las siguientes.

- **TRABAJADORES ESTACIONARIOS EN VENTAS DE ALIMENTOS, FRITOS, JUGOS, ENTRE OTROS**
- **ARTESANOS**
- **PESCA**
- **ESTILISTA**
- **CONSTRUCCIÓN**
- **TRABAJADORAS EN CASA DE FAMILIA**

Por las actividades económicas ya mencionadas y haciendo este análisis podemos concluir que los trabajadores informales en estos sectores estas expuestos a riesgos psicosociales y físicos.

- **RIESGO PSICOSOCIAL:** Ya que esta población vive en mucho estrés por toda la problemática social de este sector, actitudes negativas, ansiedades.
- **FISICO:** por la exposición a altas temperaturas y humedad, carga física, inseguridad, y no tener EPP.

Desde este punto de vista se educa a la población en los cuidados y riesgo a nivel laboral según las actividades económicas que desempeñen. Se motiva a la población al cuidado de su salud y al uso de elementos de protección básicos para el ejercicio de su labor.

A manera de conclusión se brindó información en salud y se sensibilizo a la población en el cuidado de su salud durante la realización de su labor, así como identificar los riesgos a lo que están expuesto y las recomendaciones que deben tener en cuenta para mantener y mejorar su estado de salud físico y mental.

El proceso del CARGUE a la plataforma con vigencia 2024 ya se encuentra habilitado, y en proceso de alimentar la plataforma con el instrumento designado. durante el mes de octubre se logra visibilizar las caracterizaciones que fueron cargadas en el tiempo de la misma, en la cual se puede comprobar los datos cargados.

CONCLUSIÓN

Por tanto, concluimos para el mes reportado (octubre) va ejecutado **el 60% (688) de la actividad,** a lo que hace referencia a la aplicación de la caracterización de la población trabajadora informal, dejando **para el mes de noviembre el cargue del 32% (312)** caracterizaciones a la plataforma CAPTIC, para dar cumplimiento a la meta programada del cuarto trimestre, dando por ejecutado el total de las **1.000 mil** encuestas descrita en la ficha, del área de Salud y ámbito Laboral.

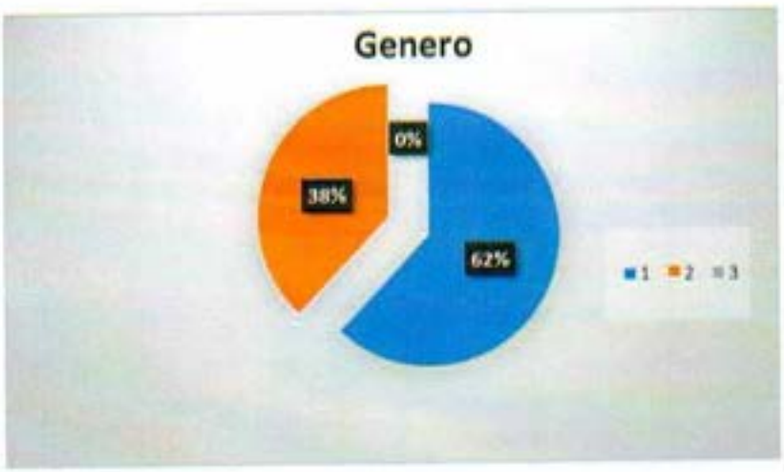
Y finalmente el instrumento fue aplicado, y se describe el total de cada sector caracterizado:

- Sector del Hospital Rosario Pumarejo de López y alrededores, se caracterizaron 11 trabajadores informales.
- Sector Clínica Arenas y alrededores, se caracterizaron 20 trabajadores informales.
- Sector de CC Megamall y alrededores, se caracterizaron se caracterizaron 20 trabajadores informales.
- EDS San Juan y AV Fundación y alrededores, se caracterizaron 24 trabajadores informales.
- Sector Cra 4ta, se caracterizaron 20 trabajadores informales.
- Sector Cra 4ta con calle 21, Candelaria Sur y alrededores, se caracterizaron 44 trabajadores informales.
- Sector Olímpica de los Cortijos y alrededores, se caracterizaron 20 trabajadores informales.
- Sector EDS La Esmeralda terminal y alrededores, se caracterizaron 10 trabajadores informales.
- Sector Urb. El Rocío y alrededores, se caracterizaron 39 trabajadores informales.

Para un total de 208 caracterizaciones realizadas para el mes de octubre, teniendo una duplicidad de 21 encuestas. Es decir, que para efectos del cargue en la plataforma, solo se ingresaron 188 caracterizaciones de la población trabajadora informa.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ASISTENTES

Distribución por género



En esta grafica podemos evidenciar que el 62% de los trabajadores informales pertenecen al sexo femenino y el 38 % restante al sexo masculino.

Distribución por edad:



El mayor número de trabajadores informales se encuentran en el curso de vida entre los 29 y 59 años de edad (Adultez) con un 52.4%, seguido del grupo de 18 a 29 años (Juventud) con un equivalente al 23% y con un24.60 % está en el curso de la (Vejez).

Enfoque diferencial



El 65.9% de los trabajadores informales caracterizados pertenecen a otros grupos poblaciones diferentes a los que están descritos, el 24.9% manifiestan ser víctimas del conflicto armado, seguido con un 4.42% son afro, negro y el 4.82% población indígena.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ACTIVIDAD DE CARACTERIZACIÓN

Sector Rosario Pumarejo de López y alrededores

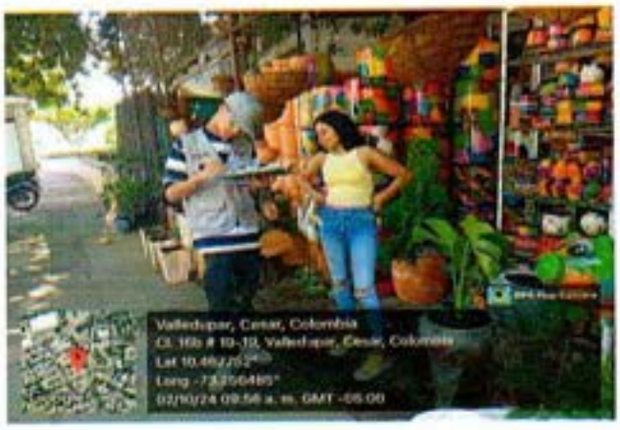






Sector Clinica Arenas y alrededores





Sector Megamall y alrededores





Sector EDS (bomba) San Juan, AV Fundación y alrededores





Sector Cra 4ta con calle 21 y alrededores



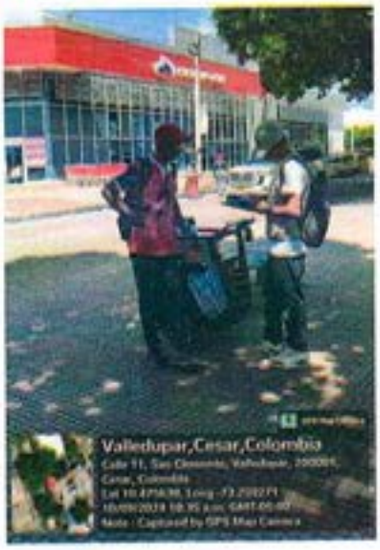


Sector Candelaria Sur, Calle 21ª No. 4C-20 y alrededores



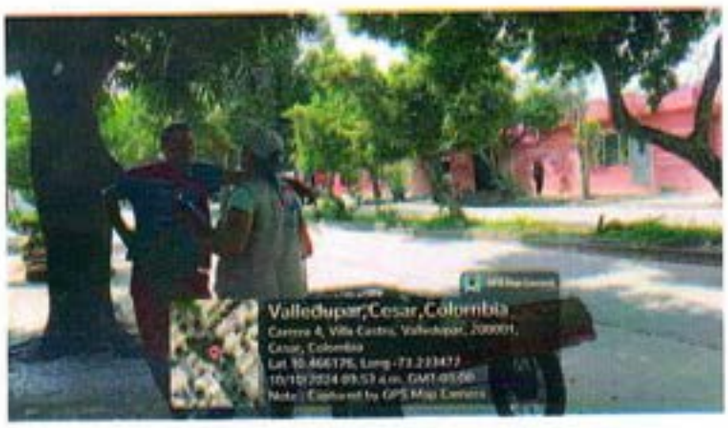


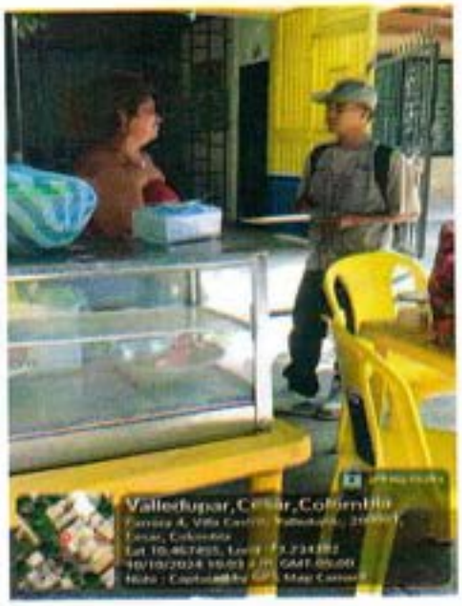
Sector Olimpica Los Cortijos y alrededores



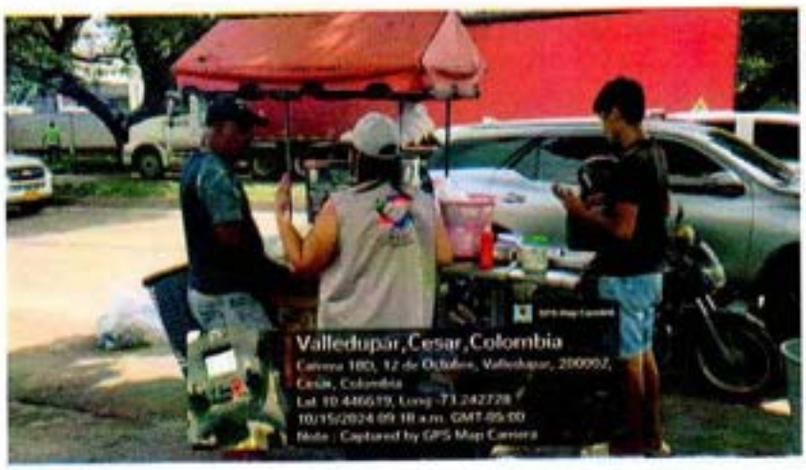


Sector Carrera 4ta



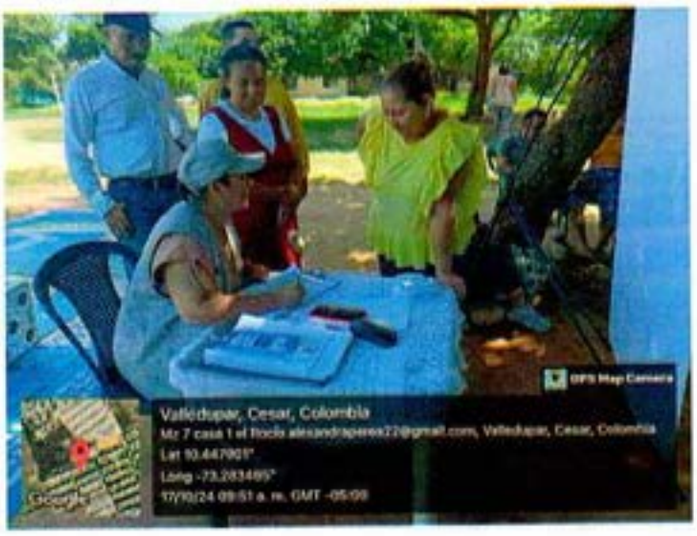


Sector EDS La Esmeralda (bomba) AV. Simón Bolivar y alrededores





Sector Urbanización El Rocío y alrededores





En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, cesar a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

Proyectó: Ana Milena Fuentes Añez
Referente Salud y Ámbito Laboral – HEAD – PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD HOSPITAL ERASMO MEOZOTTO DAZA E.S.E.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y Ambito Laboral Hospital-PIC. FECHA: 18 Oct/2024

LUGAR: Urbanización El Rocío.

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	Hernando Miranda Guzman	1.133.912.765	1	4	4	1	1	3122573472	Comercio	
2	Damaris Ruiz Pinto	36.495.755	2	6	4	1	1	3177279082	Comercio	Damaris Ruiz
3	Yoimy Rivera Zambrano	1.065.597.016	2	5	4	1	1	3209917136	Comercio	Yoimy Rivera
4	Carlos Pallares Ribon	1.003.220.565	1	3	4	1	—	3216780397	Comercio	Carlos Pallares
5	Arlio Fleite Sandoval	1.065.675.601	1	3	4	3	1	3127131581	Comercio	Arlio
6	Damaris Ospino Camargo	77.029.692	1	6	1	1	1	3236337589	Comercio	Damaris Ospino
7	Jandris Ospino Guerra	1.065.625.117	2	5	1	1	1	3008264223	Comercio	Jandris Ospino
8	Gustavo Miranda Mason	1.193.083.048	1	4	4	1	—	3207080199	Barbo	Gustavo M.
9	Estefanys Monter	1094.880317	2	5	4	1	1	3163698225	Comercio	Estefanys Monter
10	Maira Lizeth Daza	49.609.904	2	5	4	1	1	3109229084	Comercio	Maira Daza
11	Keilin Espana Aguilar	1.066.270627	2	4	4	4	1	3019229074	Estilista	Keilin Espana
12	Luz Treibel Coral Perez	30813609	2	5	4	1	1	3165515986	Comercio	Luz Treibel
13	Fleite Fonseca Sandoval	1.124.003215	1	5	4	4	1	3002681027	Peluquero	Adrian Fleite
14	Neris Rojas Barbera	36.586.612	2	6	4	4	1	3209437714	Hogar	Neri Rojas

*(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 2024-2027

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

HEAD HOSPITAL ESPAÑOL ARMENIO DAZA E.S.E. Siempre con calidad humana

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajador informal

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral HEAD PIC FECHA: 18/Oct/2024

LUGAR: Urbanización El Rocío

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) 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	Wilys Toro Solano	1.019.914.389	2	4	4	4	—	3197113168	Comercio	Wilys Toro
2	Alma Cabeza de Lopez	41.759.916	2	5	4	4	—	3206779772	Artesano	Alma Cabeza
3	Melody Yaneth Rodriguez	49.765.952	2	5	2	1	1	3007671498	Comercio	Melody Rodriguez
4	Judith Mabeth Rodriguez	49.607.550	2	5	2	1	1	3232037782	Artesana	Judith Rodriguez
5	Valentine Jimenez	1.065.094.250	2	4	4	1	—	3043397870	Comercio	Valentine
6	Nuris Rondon	49.692.098	2	5	4	1	1	3218589439	Comercio	Nuris Rondon
7	Tatiana Rondon	1.007.398.647	2	4	4	1	—	302469209	Comercio	Tatiana Rondon
8	Maladys Cardona Miranda	22.461.742	2	5	4	4	1	3128185171	Comercio	Maladys Cardona
9	Maricelis Mendoza Rodriguez	1.003.236.398	2	3	2	4	1	3127393415	Comercio	Maricelis Mendoza
10	Carmen Perez Zambrano	49.721.301	2	5	4	4	1	3017954598	Comercio	Carmen Perez
11	Diana Patricia Guzman	49.607.743	2	5	4	1	1	302761A931	Estilista	Diana
12	Adelina Manchego	49.724.505	2	5	4	1	1	3103593207	Comercio	Adelina Manchego
13	Liliana Guzman Chavez	49.719.158	2	5	4	1	1	3016048948	Comercio	Liliana
14	Ana Rosa Lobo Solano	49.770.098	2	5	4	1	1	3184866622	Comercio	Ana Rosa Lobo

*(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"
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? Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajador informal

RESPONSABLE: Salud y ambito laboral HEAD-PIC FECHA: 15/oct/2024

LUGAR: Urbanización El Rocío.

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	Yajaide Perez Machado	26923434	2	6	4	4	1	3103684450	Comercio	Yajaide
2	Delba Costoni Arzuaga	49.772654	2	5	1	4	1	3175259879	Manufactura	Delba Costoni A.
3	Eliana Mora Cedeño	49.766063	2	5	4	4	1	3146845792	Estilista	Eliana Mora C.
4	Maria Jose Pabon	1192766791	2	5	4	4	1	3122812598	Comercio	Maria Pabon
5	Wendy Jones Bonerth	1065912014	2	5	2	1	1	3216420225	Comercio	Wendy Jones Bonerth
6	Cristo Humberto Cabrijo	12501815	1	5	4	1	1	3104150670	Comercio	Cristo
7	Rosaura Bonerth	36495433	2	5	2	1	1	3116791878	Comercio	Rosaura Bonerth
8	Nellys Garcia Rios	36623062	2	5	1	1	1	3186909491	Comercio	Nellys Garcia
9	Casta Saavedra Barros	49760562	2	5	4	1	1	3156791690	Manufactura	Casta Saavedra
10	Marquiza Cuello Ramos	49.736897	2	5	2	1	1	3126490928	Manufactura	Marquiza Cuello
11	Yurlis Quintero Cortes	1063506859	2	5	4	1	1	3007656553	Manufactura	Yurlis Quintero
12	Olga Lucia Castellanos	52400127	2	3	1	3	1	3045902113	Comercio	Olga Lucia
13	Jurvis Diaz Ramirez	77.011.675	1	6	4	1	—	3015989571	Ganadería	Jurvis Diaz
14	Dayana Perez Nazareth	1065627380	2	4	4	4	1	3153056362	Manufactura	Dayana Perez

*(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"
I DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ESPAÑOL ANIBAL DIAZA E.S.E.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Concertazación población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral HEAD- PIC. FECHA: 18 oct 2024

LUGAR: Urbanización El Rocío

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) 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	Sonia María villero	1065580659	2	5	4	4	1	3157932909	Comercio	Sonia villero
2	Isabel Margoth Zapata	42464867	2	6	4	4	3	3008028242	Comercio	Isabel zapata
3	Rubis María Beltrán	57651158	2	6	4	4	1	3215051658	modista	Rubis Beltran
4	Betty Milena Ramírez	49773367	2	5	4	4	—	3005980603	Comercio	Betty Ramirez
5	Arcelida Silva Salcedo	49.698.929	2	5	4	4	—	3108100506	Peluquería	Arcelida Silva S.
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

ETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud.

RESPONSABLE: Salud Ambiental y Laboral HEAD - PIC.

LUGAR: Urbanización El Rocío. FECHA: 17/Oct/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 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	Maritza Pinzon Cardenas	49784951	2	5	4	1	1	3103534133	Comercio	Maritza
2	Alfredo Arias	71.173.198	1	5	4	1	1	312 612 7746	Comercio	
3	Dolys Carrillo Rodriguez	49.769.788	2	5	2	—	1	3006548962	Artesana	Dolys
4	Albenis Garrido Acosta	36.346.170	2	5	4	1	1	3116101652	Comercio	Albenis G.
5	Erika P. Rodriguez M.	57.290 943	2	5	4	1	1	313 513 4380	comercio	Erika Rodriguez
6	Mildred Padilla De Avila	49.781.078	2	5	4	1	1	3175159970	comercio	Mildred Padilla
7	Bergaldis Padilla De Avila	49.724.586	2	5	4	1	4	3126568667	Comercio	Bergaldis Padilla.
8	Nelida Esther Guerra H.	49761444	2	5	4	1	1	3126358622	Comercio	Nelida Guerra
9	Emilce Vasquez Berdugo	57423720	2	5	4	1	1	3017890930	Comercio	Emille Vasquez
10	Leidy Rodriguez Mendoza	1065652286	2	5	4	4	—	3028348314	Comercio	Leidys Rodriguez
11	Lucrecia Mendoza Perez	49776.914	2	5	4	4	4	304482.2536	comercio	Lucrecia Mendoza
12	Yasiris Barrios Ortiz	49778165	2	5	4	4	1	3004168216	Comercio	Yasiris Barrios
13	Nayibis Del Carmen Charris	49.595.727	2	5	4	1	1	3103578245	Comercio.	Nayibis Charris
14	Ena Hilda Caldera V.	1005.125.518	2	5	4	4	4	3207345776	comercio	Ena Caldera

*(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

" ETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL ESPAÑOL ALEJANDRO DAZA, E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambiente Cabral Hend- PIC.

LUGAR: Urbanización El Dorado FECHA: 17/Oct/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	Mari Balaguera Torres	63547129	2	5	4	4	1	3108103577	Comercio	Mari Balaguera.
2	Yorma Negrete Tapia	1065582087	2	5	4	4	4	3045765710	comercio	yorma negrete
3	Francia Elena Hernandez	36.451.744	2	5	1	4	4	3012429967	comercio	Francia Elena Hernandez
4	Deiber Carval	1003313.410	1	4	4	4	1	3122255663	comercio	Deiber Carval
5	Martha Flores Gomez	49.762.287	2	5	4	4	1	3045245481	Comercio	Martha
6	Maritza Pezales Mendoza	49.778.770	2	5	4	1	1	3235718609	Comercio	Maritza Pezales
7	Weidys Padilla M.	1063.948.931	2	5	1	4	1	312 8340247	comercio	Yulieth Padilla
8	Madeleine Daza	42.450.246	2	5	4	1	1	312 6073987	Comercio	Madeleine Daza G
9	Aidee Serrano Niño	49790.732	2	5	4	1	1	300 500 4612	Comercio	Aidee Serrano
10	Carmen H. Diaz Manjarres	49790906	2	5	4	1	1	3165421736	Artesana	Carmen Diaz
11	Laura Marcela carrillo	1065841171	2	5	4	1	1	3145851958	Comercio	Laura Carrillo
12	Ana santiago casadiego	36450757	2	5	4	1	1	3122592697	comercio	Ana, San Juan
13	Andre Felipe Maestre	1199705191	1	5	4	4	1	3028482256	Decorador	ABBOS
14	Lucy Zequeira	4977-533	2	5	4	1	1	3184409394	Comercio	Lucy

*[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

ETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en salud

RESPONSABLE: Salud y ambito laboral Hemo-PIC FECHA: 17/oct/2024

LUGAR: Urbanización El Rocío

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	Hueda Ospina Herrera	99738761	2	5	4	4	1	3044344216	Comercio	Hueda Ospina
2	Yulibeth Carolina Molina	1030521909	2	5	4	1	1	300 3418974	comercio	Yulibeth Molina
3	María Olivera Montaño	37686013	2	5	2	1	—	302 533 4685	Comercio	María Olivera
4	Candelaria de Ayala Martinez	36451148	2	5	4	1	1	301 337 5372	comercio	Candelaria
5	Virginia María Franco Zamora	49778722	2	5	4	1	1	301 341 1204	Comercio	
6	Yolaima Duarte Jácome	39464154	2	5	4	1	4	322 239 3727	comercio	Yolaima Duarte
7	Maryulis Lopez viña	1030613335	2	5	4	1	—	313 599 5166	Comercio	Maryulis Lopez
8	Claudia Marcela Rivera	1065816810	2	5	4	4	—	304 457 462	Artesana	
9	Yuly Maibel García Ríos	1065.565.159	2	5	4	1	1	3162412602	Comercio	Yuly García Ríos
10	Ladys María Ribon Ramírez	30874559	2	5	4	1	1	3107340060	Comercio	Ladys Ribon
11	Belkis Peño Alemar	1.065.607130	2	4	4	1	1	3016489612	Comercio	Belkis Peño
12	Alexandra Perea Martinez	1.065.574.558	2	4	4	4	1	322 277 5396	Comercio	Alexandra Perea
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

PIC

RETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral HEAD-AC.

LUGAR: Urbanización El Rocío FECHA: 17/oct/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 (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	Marta Luz Cordoba Mieles	51910401	2	S	4	1	1	3054483982	Manufactura	Marta Cordoba
2	Nalpa Navid Zambrano A	49760974	2	S	4	1	1	3162320979	comercio.	Nalpa Zambrano
3	Eli Daza guaca	49771893	2	S	2	1	1	3028614258	comercio.	ERI Daza
4	Meredith Balaños Gonzalez	49739474	2	S	4	4	1	3004455669	Comercio	Meredith
5	Clara Ines hidalgo Siolo	36055673	2	S	4	1	1	3149008847	comercio	Clara Hidalgo
6	Berledis Romo Guzman	49724250	2	S	4	1	1	3126133206	Domestico.	BERledisY
7	Ninfa anaya torres	32644662	2	S	4	1	1	3152159927	Comercio	Ninfa
8	Laura Viviana Yepez Parra	42481247	2	S	4	1	1	3219305282	comercio	
9	Alba Luz Gimenez Lopez	65765558	2	S	4	1	1	3126386524	Comercio	Alba Luz Jimena
10	Elvira Paola Orozco Vargas	39462702	2	S	4	4	1	3043585959	comercio	Elvira
11	Valentina Mutallana Peleño	1193113474	2	4	4	4	1	3016030769	Comercio	Valentina M.
12	Orlando Arias Jimenez	77021722	1	6	4	4	1	3015106000	Manufactura	Orlando Arias
13	Guerrero Calderon Vianey	37336812	2	S	4	1	1	3023404438	Comercio	Vianey G.C.
14	Yarleidys Perez Caballero	49556237	2	S	4	1	1	3244636905	Comercio	Yarleidis Perez 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

PIC

ETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ámbito laboral - HEAD - PIC

LUGAR: Urbanización El Balcón FECHA: 17/ Oct/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	Ovando Jose Arias Mejia	1065844749	1	4	1	4	-	3145193279	Manufactura	Ovando Jose A
2	Karis del carmen Mendoza España	49720377	2	5	4	4	1	3157827325	comercio	Karis Mendoza
3	Naiver Ariel Mendoza Perez	77034115	1	5	4	4	1	3206052504	comercio	Naiver Mendoz
4	Cecilia Esther Santamaria	32667425	2	6	4	1	1	3158200288	comercio	Cecilia Santamaria
5	Erika ahumada villazon	A9717834	2	5	2	4	1	3153949831	comercio	Erika Ahumada
6	Diana valdez Mena	67032274	2	5	4	4	1	3116580422	comercio	Diana Valdez M
7	Davinson Narvaez Pineda	77093256	1	5	4	4	1	3004200058	comercio	Davinson Narvaez
8	Hilda Maria Sandoval Rojas	1065671232	2	6	4	4	1	3022936958	Repostería	Hilda Sandoval
9	Nevys del Carmen Palomino	99752819	2	5	4	1	1	3204877736	Comercio	Nevis Palomino
10	Fleire Sandoval Mariana	1065681661	2	5	4	4	1	3016251418	Repostero	Fleire Sandoval
11	Alicia Pinto Cantillo	56085229	2	5	4	4	1	3176793512	Comercio	Alicia Pinto
12	Nelly Ester Oñate Cumargo	56053503	2	5	4	4	-	3215746864	Comercio	Nelly Oñate
13	Freddy Daniel Rios Ortiz	1061649701	1	4	4	4	1	3225693690	Comercio	Freddy Rios
14	Mavinilla Viña Montero	52381298	2	5	4	1	1	3135876161	Comercio	Mavinilla Viña

*(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"
\N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DEL EVENTO: Capacitación población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud Ambito Laboral HEAD - PIC FECHA: 15/oct/2024

LUGAR: Sector 005 Torrenilla N.V. Simon Bolivar y alrededores

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	Aramis de jesus Botero	79171685	1	5	4	4	1	3136479131	comercio.	
2	jose david escorcia	1119840526	1	4	4	4	1	3135673859	comercio.	Jose David Escorcia
3	Ana cecilia salcedo	49686429	2	6	4	1	1	3132113064	comercio	No Firma
4	Ingia Maria Carmelo	33282696	2	6	4	1	1	3145784000.	comercio	Ingia Carmelo
5	Angie Daniela Muñoz.	1003374442	2	4	4	4	4	3022855339	comercio	Angie Daniela Muñoz.
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

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

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral, HEAD - PIC. FECHA: 15/oct/2024

LUGAR: Sector EDS Esmeralda. Av. Simón Bolívar y alrededores

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	Yiselys Mestre Barrios	1067710602	2	4	4	1	—	3023881868	Comercio	Yiselys Mestre
2	Thair Andres Rivaldo Lago	1006131642	1	4	4	4	—	3212187309	Comercio	Thair Rivaldo
3	Daza Caceres Delfina Maria	26873883	2	5	4	1	1	3163117558	Comercio	Delfina Daza
4	Hector Rueda Hernandez	304424	1	6	4	1	—	3112411627	comercio	Hector Rueda
5	Manuel Poveda Olivella	12715175	1	6	4	4	—	3176278036	comercio	Manuel Poveda
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.

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajador informal

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral HEAD-PIC. FECHA: 10/Oct/2024

LUGAR: Sector Cra 4ta

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	Jimenez de Ospino Aura	26836307	2	5	4	1	1	318774 5542	Comercio	Aura Ospino
2	victor Jose Orozco	1765555	1	5	4	1	—	3149007798	comercio	victor Jose Orozco
3	Rut Maria Rodriguez del	42496679	2	5	4	4	—	3154229725	comercio	Rut Maria Rodriguez
4	Ricardo vera Montealegre	14204959	1	5	4	4	1	3253229239	Comercio	Ricardo Vera
5	Deivis Calixto Bonilla Mendez	13888382	1	5	4	4	—	3178042536	comercio	Deivis Bonilla
6	Luis Carlos Montero Gonzalez	4990199	1	6	4	1	1	3205476953	comercio	Luis Montero
7	Dolinda Vega de contreras	42485652	2	5	4	4	1	3122557733	comercio	
8	Ismelia Maria Barrera Arias	42495424	2	6	4	4	—	3166 6 5 7 4507	comercio	Ismelia Maria Barrera
9	Jaime Andrade De Avila	5025682	1	6	4	4	1	3225737942	comercio	
10	Seroa Espinosa Teobaldo M.	6620306	1	6	4	4	—	3117143332	comercio	Teobaldo Seroa
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"
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? Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral (HEAD - PIC) FECHA: 10/oct/2024

LUGAR: Sector Cra 4ta.

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 (11 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	Victor Jose Sanchez	7574691	1	5	4	4	1	3107508329	Constructor	VICTOR JOSE SANCHEZ
2	Osneider Botello	1065831312	1	4	4	4	1	3002054308	Constructor	Osneider Botello
3	Jose Alberto Alamor	15208499	1	5	4	4	1	3103054371	Comercio	Jose Alberto Alamor
4	Angela Maria Polo Soja	1003252633	2	5	4	4	1	3015032409	Comercio	Angela Maria Polo
5	Stafany del Valle Amaya	1214467335	2	4	2	4	1	3107054379	Comercio	Stafany del Valle. A.
6	Samira Valentina Lopez	1123596015	2	4	4	4	1	3012054329	Comercio	Samira Valentina Lopez
7	Elias Evangelista Arias	77009086	1	6	2	4	1	3107052308	Comercio	Elias Arias
8	Sharay Elena Vega	1121342098	2	4	2	4	1	3002519722	Comercio	Sharay Vega.
9	Cynthya Vega Hernandez	1065850889	2	5	2	4	1	3107082934	Comercio	Cynthya Carolina Vega
10	Yirlenis Maestre Gil	1193250302	2	4	4	4	1	304806212	Comercio	Yirlenis Maestre Gil.
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"
\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?: Caracterización

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud y Ámbito Laboral Ptte PIC. FECHA: 9/oct/2024

LUGAR: Sector Olímpica los Cortijos y alrededores.

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	Gilberto Guerra Morales	15363711	1	5	4	4	1	3122827241.	Comercio.	
2	Juan carlos Alvarez	12645162	1	5	4	4	1	3052794183	Comercio	Juan carlos Alvarez
3	Adelina Mercede julio G.	49609334	2	5	4	4	2	3136984340	Comercio	Adelina guzman
4	Yenifer M Garcias.	1065586344	2	4	4	4	—	3105241071	comercio	Yenifer M G.
5	Luis Antonio Turizo	1065818395	1	4	4	4	1	3245966115	Comercio	Luis Antonio T
6	Luz dalalia Ortiz	1082375841	2	5	4	4	1	3117079344	comercio	Luz Dalia ortiz
7	Harlen Jose Solano F	7709135	1	5	4	4	1	3107152432	comercio	Harlen jose solano.
8	Luisa Soledad Naranjo.	37461482	2	5	4	4	1	3046545934	comercio	Luz Soledad Naranjo
9	Darlyn Esther Albear	1068388308	2	4	4	4	1	3024328932	comercio	Darlyn E. Albear
10	Laura Vanesa Martinez	1065821297	2	5	4	1	1	3104087107	comercio.	
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"
AN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y amb? lo Laboral, Hemp- PIC FECHA: 9/oct/2024

LUGAR: Sector Olimpica. las cortijos y alrededores.

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	Ruben Dario Daza	12710103	1	6	4	3	1	3178390401	Comercio	Ruben Daza
2	Julia feline de flores	26906700	2	6	4	4	-	3124675297	comercio	Julia Felipe de flores
3	Miriam Matilde Bermudez	26943647	2	6	4	3	1	3108273515	comercio	Miriam Matilde Bermudez
4	Torres Zapata Nehemias Enrique	12717779	1	6	4	4	-	3192322330	comercio	Torres Nehemias
5	Barbosa Ruiz Diocagelo Ramon	5012646	1	6	1	4	1	3174377654	Comercio	[illegible]
6	Lourdes Jose Gutierrez Solano	5162663	1	6	4	1	1	3003346676	Comercio	[illegible]
7	Matilde Yepes de ruiz	26869109	2	6	4	1	-	3106478538	comercio	Matilde Yepes de ruiz
8	Griselda Madrid Diaz	26708684	2	6	4	4	-	3155546409	comercio	Griselda Madrid Diaz
9	Maria Pacheco del valle	1738296	2	6	4	4	-	3016600650	Comercio	Maria Pacheco
10	Fermelis Hernandez Ramos	26836307	1	6	4	4	-	3216331334	comercio	Fermelis Hernandez
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.

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Capacitación población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral (HEAD-PIC FECHA: 8/oct/2024

LUGAR: Cle 21a #4C-20 Sector Cordoba Sur.

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) 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	Armando Alfaro mendoza verdecia	77015192	1	6	1	4	1	3024446149	Comercio	
2	Wilmer Padilla cantillo	77162128	1	5	4	1	1	3145474794	Comercio	
3	De avila Rodriguez Jose divan	1524 6619	1	6	4	4	1	3118020766	Comercio	
4	Toro Holgin Oriando	15246375	1	6	4	4	1	3173976842	Comercio	
5	Elvira Rosa Cardenas	26687463	2	6	4	1	-	3183655634	comercio	Elvia Rosa C.
6	Mayorga Sacher Maria olivia	41523874	2	4	4	4	-	3002311665	comercio	Maria Olivia
7	Maestre de lanbertinez Elisa Jesus	35010086	2	5	4	4	1	3023969767	comercio	Elisa Jesus Maestre
8	Valdes Rivera Roberto	7421375	1	6	4	4	-	3145229951	comercio	Roberto Rivera
9	Marquez de la hoz angel	22628268	2	6	4	2	1	3049683364	comercio	
10	Nieves Bermudez Luis F.	12711046	1	6	4	1	-	3145241675	Comercio	
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

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal FECHA: 8/oct/2024

RESPONSABLE: Salud ambiental Laboral

LUGAR: Cle 21 9 #4C-20 Sector Conjunto Sur.

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	Marco Antonio Rodriguez	77171703	1	5	2	4	1	3002054332	Comercio	Marco A Rodriguez.
2	Orlando. Mejia contreras	17843916	1	6	4	4	1	3007124544	Comercio.	
3	Elwin Jose chinchia O	1065613903	1	5	4	4	—	3232066343	Comercio	
4	Marcilio villarruel G	12502347	1	5	1	1	1	3107054078	Comercio.	
5	Maria del R. Betancur	49774234	2	5	4	4	1	3002054326	Comercio	Maria del Rosario B.
6	Jais eduardo Ramos	77168954	1	5	4	4	1	3107302129	Comercio	Jais Eduardo R
7	Liliana patricia LBarguen	49777028	2	5	4	4	1	3002471608	Comercio	Liliana. P Lbarguen.
8	Lina Marcela Pertuz	1065602310	2	5	4	4	1	3105634275	Comercio	Lina Pertuz C.
9	Sindy Paola Ramirez	1065575222	2	6	4	4	1	1065575222	Comercio	Sindy P Ramirez
10	Milabis del Socorro Montaño	49785325	2	5	4	4	1	3107312269	Comercio	
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.

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral (HEAD-PIC) FECHA: 7/oct/2024

LUGAR: Cra 41a Con cll 21 y alrededores.

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 19 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	Jose Edelberto Mendoza	7702 1467	1	5	4	4	1	3216911966	Comercio	Jose Edelberto M
2	Joana Martinez Sanchez	2674 9218	2	5	4	4	1	302 313 2475	Comercio	Johana Martinez
3	Edgar Maquez Tobia	1061907627	1	5	4	1	1	314 879 2294	Comercio	Edgar Maquez
4	Jairo Sanchez Contreras	100 323 5239	1	5	4	4	1	312 265 3362	comercio	[illegible]
5	Chadia Valentina Brito	1121536461	2	5	4	1	—	312 676 7350	comercio	Chadia Brito
6	Diana Sofay Jimenez Camago	1006744947	2	4	4	1	—	323 330 5408 2	comercio	Diana Jimenez
7	Wendy Joanna Bernia Pancho	1065655785	2	5	4	4	1	316 459 8671	Comercio	Wendy B.
8	Joenys Paola Barrago Lopez	1065816709	2	4	4	1	—	301 355 5303	Comercio	[illegible]
9	Maria Isabel Araya Zarate	1007846 11	2	4	4	4	1	300 272 4359	comercio	[illegible]
10	Kayla Karolina Sampler Miranda	1065590288	2	4	4	1	1	300 752 8561	Comercio	Kayla Sampler
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

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal. FECHA: 7/oct/2024.

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral (PIC-Hedo)

LUGAR: Cra 9a con calle 21 y alrededores.

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) 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
										ALFREDO
1	Alfredo Helosgres.	15206299	1	5	4	1	1	3044624305	comercio.	
2	NOrma Graciela moda	39091814	2	5	4	4	1	3005679616	comercio-	Norma Mola.
3	Neudis Elena Rodriguez	57422652	2	5	4	1	1	3005169736	comercio	NeudisERodrijg
4	Yesica Cotes NOBOA	1066269852	2	4	4	1	—	311 623 6219	Comercio	Yesica Cotes.
5	Jesus Mendoza C.	1003265448	1	4	4	1	1	3016010332	Comercio	Jesus Mendoza
6	Carlos fernando Gonzalez	1063171802	1	4	4	4	—	3216627658	comercio	Carlos Gonzalez
7	Kenia Moreno Mejia	1065665947	2	5	4	4	1	3158789567	Comercio	
8	Frank Jose Argote Daza	84103403	1	5	4	4	1	3012345206	comercio	Frank Argote DAZA.
9	Yureinis Montes Zabaleta	1065617903	2	5	4	4	—	3022919918	comercio	yureinis montes.
10	Brayan D Guerra	1124067044	1	4	1	4	1	3217204132	comercio	Bruvan GUERRA
11	Laura Vanessa Rua	106634966	2	4	4	4	1	3225272435	comercio	Laura Rua.
12	Victor hugo Jaramillo	807192 54	1	5	4	1	1	3105624271	comercio	Victor jaramillo
13	yomer Enrique Molina	1003313479	1	4	4	4	—	3002054358	comercio	yomer molina
14	Victor Alfonso jaramillo	1065854868	1	4	4	3	—	3107101545	comercio	

*(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.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal. FECHA: 4/oct/2024

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral - Hosp. ac.

LUGAR: Sector Bomba San Juan y alrededores - Av. Fundación

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	Beltris Saavedra	1126239234	2	5	4	4	1	3016204746	comercio	Beltris Saavedra
2	Mireya Judith Jimenez Gelvis	36496475	2	5	4	1	1	3153104806	comercio	mireya Jimenez
3	Edwin Jose yanes V.	77189562	1	5	1	4	1	3105632432	comercio	Edwin Jose yanes.
4	Alirio Jose Lopez yanes	1003382271	1	4	1	4	—	3025397297	comercio	Alirio Lopez Y.
5	melina Andrea Lopez	1065594800	2	4	1	4	—	3002052573	comercio	Melina Andrea Lopez
6	Yolmaris Bustamante	57140636	2	5	4	4	1	3012032532	comercio	[illegible]
7	Maria Guadalupe Rojas	1067594503	2	4	4	4	1	1069594503	comercio	Maria Guadalupe
8	soray rudiaz Herrera	1067592934	2	4	4	4	—	3007659439	comercio	Soray Rudiaz
9	Sara Samanta Gomez	1011081293	2	4	4	4	—	3216077739	comercio	Sara Samanta G.
10	Jhon Jairo Correa	1066248754	1	4	4	4	—	3242914529	comercio	Jhon J. Correa
11	yenis paola Jimenez	1065607354	2	5	4	4	1	3107306539	comercio	Yenis Paola Jimenez
12	Hiker enrique suarez	12566602	1	5	4	4	1	3109254762	comercio	Hiker Suarez
13	Luz Mery Perez	1067915365	2	5	4	4	1	3012749321	comercio	Luz Perez.
14	yuguerdis raquel Diaz	1067604691	2	4	4	4	—	3007102341	comercio	[illegible]

*(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"
I DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambiente laboral HUEMD PIC FECHA: 4/oct/2024

LUGAR: Sector Bomba San Juan y alrededores - Av. fundación

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 (60 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	Raul Guette Pardo	8531308	1	5	4	4	1	3145759892	Comercio	
2	Roxertt Zulia	26922659	2	6	1	1	1	3012451596	Comercio	Zulia R.
3	Adriana Cortes C.	33192479	2	6	4	1	1	3135779125	comercio	Adriana C.
4	Jose Gisales Soto.	1129332	1	6	4	4	1	3006067627	Comercio	Jose G.
5	Beatriz castillo R.	26840405	2	6	4	1	—	3178573753	comercio	Beatriz Castillo.
6	Sergio Rivera Yepez	9058501	1	6	4	4	—	3126910920	Comercio	Sergio Rivera
7	Cassiana Medrano	12488218	2	6	1	1	—	3185949708	Comercio	Cassiana Medrano
8	Virgelina alvarez	30061152	2	6	4	1	1	3015375949	Comercio	Virgelina Alvarez
9	Ana Ilse Mendoza	42992005	2	4	4	4	1	3109439308	Comercio	ANA ILSE
10	Carmen Jimenez	27006152	2	5	4	4	1	3135800790	Comercio	Carmen Jimenez
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"
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?: Concertación

NOMBRE DEL EVENTO: Concertación población trabajadora informal

RESPONSABLE: Salud Ambiental Cabsin - HEAD - PIC. FECHA: 31/oct/2024

LUGAR: Sector Megamall y alrededores

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	Nallis Esther Ortega	1094831572	2	5	4	4	1	3148597982	Comercio	Nallis ortegas
2	Bainer laguna	1092161311	1	4	4	4	1	3144258208.	Comercio	
3	EDilberto Montero	1065575625	1	4	4	4	—	3013212634	Comercio.	
4	Joela Cordoba	1193536957	2	4	4	4	—	3228452386	comercio	Joela Cordoba
5	Lidia Flores Pabon	49757274	2	6	4	4	1	3216436338.	comercio	
6	Zunilda, Barandica	49779846	2	6	4	4	1	3046777587	comercio	Zunilda
7	Jose de Jesus Montero	79024193	1	5	4	4	1	3157445054.	comercio	
8	Danis R DAZA.	84104187.	1	5	4	4	1	3112914175	comercio.	
9	Mario Valencia Rodriguez.	75744833.	1	5	4	4	1	3116833279	comercio	Mario Valencia.
10	EDER Andres Giraldo	1001879519	1	4	4	4	—	3002054375	comercio	EDER ANDRES G.
11	Sabina muñoz.	1003234616	2	4	4	4	5.	3044694846	comercio	
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"
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?: Concertación

NOMBRE DEL EVENTO: Concertación población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud Ambiental Laboral HEAD- PIC. FECHA: 3/Oct/2024

LUGAR: Sector Megamall y alrededores.

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	Eliana María Steer Cotes	1065569864	2	5	4	1	1	3005378241	Comerciante	Eliana Steer C.
2	Leidy Barreto Contreras	1065664416	2	5	4	4	1	3125913624	Comercio	Leidy Barreto
3	Morales Morales Luz	1073604914	2	5	4	4	1	3007678156	Comercio	Luz Morales
4	Linda Lopez Mendoza	1065851924	2	4	4	4	1	3207678156	Comercio	Linda Lopez
5	Mary luz Arnedo leon	49794588	2	4	4	4	—	3235619468	Comercio	Mary luz Leon
6	Daza Bolaño sindy	1127590006	2	4	4	1	—	3225440405	comercio	Sindy Daza
7	Carmen Guillermo Ortega	1003232177	2	1	4	4	1	3219165379	comercio	Carmen Ortega
8	Sharon Pedroza Mendoza	1066871516	2	4	4	4	1	3004454794	comercio	Sharon Pedroza
9	Laurent Herrera perez	1143521810	2	5	4	4	1	3134740033	Comercio	Laurent Herrera
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.

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización Población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ámbito Laboral. Hend - Plc. FECHA: 2/oct/2024.

LUGAR: Sector Clínica Erchos y alrededores.

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 (60 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	Meili Sepulveda	49777208	2	5	4	2	1	3127424075	Comercio	Meili Sepulveda G.
2	Kendry Perez	1067390048	2	4	4	4	1	3016059285	Comercio	Kendry Perez
3	Julissa Ospino	1065566907	2	4	4	1	1	3001340246	Comercio	Julissa Ospino T
4	Odimer Saucedo	85162738	1	5	4	4	2	3016568497	Comercio	Odimer Saucedo
5	Jose de los Santos triana	5764161	1	6	4	4	1	3187390389	Comercio	Jose triana
6	AIDA Becerra Hernandez	26948975	2	5	4	4	1	3015697292	Comercio	Aida Becerra
7	Astrid Del Socorro Bastida	49743119	2	5	4	4	1	3107012243	Comercio	Astrid del socorro B
8	Neila Rosa Salinas	49693579	2	5	4	4	1	3235791920	Comercio	Neila Rosa Salinas
9	Dilo. Liseth Alvarado	1065629330	2	5	4	4	1	3005827932	Comercio	Dilo. Liseth Alvarado
10	Yorki Luz Calderon	49798349	2	5	4	4	1	3153082047	Comercio	Yorki luz Calderon
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"
V DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL ERNESTO ARZUZA DAZA E.S.E.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambiente laboral HEAD - PIC. FECHA: 2/Oct/2024

LUGAR: Sector Clínicas HEADS y alrededores.

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	Maira martinez Rodriguez	1065640685	2	4	4	4	1	313 438 1796	Comercio	Maira Rodriguez
2	Nancy Ramos Minq	49732272	2	5	4	4	1	311 4290 537	Comercio	Nancy Ramos
3	Samantha Sakra Undis	1065833491	2	5	4	4	1	321 6056772	Comercio	Gladis Mouta
4	Elaine Isabel Navarro Castillo	22 44 18196	2	5	4	1	1	318 2365890	Comercio	Elaine Isabel
5	Ashid Bastidas Barranco	49743119	2	5	1	4	1	3162794521	Comercio	Ashid Bastidas
6	Yirki Luz Calderon Cordoba	49778349	2	5	4	1	1	315 308 2047	Comercio	Yirki Luz
7	Yaneida Pinzon Parra	97 37615	2	5	4	4	1	301 1579 389	Comercio	Yaneida Pinzon
8	Astrid Valero Nisimblat	31270447	2	5	4	4	1	310 665 6393	Comercio	Astrid Valero
9	Sulenys Paez Yerles	1065603976	2	5	4	4	1	304 3665655	Comercio	Sulenys Paez
10	Gabriel Peña Pallares	12 921733	1	5	4	1	1	301489 2274	Comercio	Gabriel Peña
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.

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Caracterización población trabajadora informal.

RESPONSABLE: Salud y ambito laboral (HEAD - PIC) FECHA: 1/Oct/2024

LUGAR: Sector Hospital Rosario Pumarejo de Lopez y alrededores.

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	Hilda Rosa Hernandez	53094995	2	5	4	4	—	3138680069	comercio	Hilda Rosa
2	Carmela Machuca.	49746344	2	6	4	4	1	3006469590	comercio	Carmela Machuca
3	Rubes Giraldo	49769872	2	5	4	4	1	3024093084	comercio.	Rubes Giraldo.
4	Edinson Cabarca	79188190	1	5	4	4	1	3008327831	comercio	Edinson Cabarca
5	Julian Cabarca	1023368716	1	4	4	4	—	3128907945	comercio	Julian
6	Jhon Cabarcas	1066270973	1	4	4	4	—	3138680069	Comercio	Jhon Cabarcas
7	Edinson Cabarca	1066253747	1	4	4	4	—	3105253947	comercio	Edinson Cabarca
8	Carmen Ruidiaz	49770870	2	5	4	4	1	3145560955	comercio	Carmen Ruidiaz
9	Yolanda Gomez	1065605920	2	5	4	4	1	3116102370	comercio	Yolanda Gomez.
10	Yon Yucepi Jimenez	72271579	1	5	4	4	1	3226032855	comercio	Yon-Cuscepi
11	Luis Jose Afanador	1065619186	1	5	4	4	1	3003214275	comercio	Luis Jose Afanador
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
SALUD

SECRETRAIA LOCAL DE SLAUD
E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES OCTUBRE – 2024
SALUD Y AMBITO LABORAL

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

Cronograma PIC Octubre 2024

Do.	Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.
		1 **CARACTERIZAR 08:00 AM** HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ Y ALREDEDORES	2 **CARACTERIZAR 08:00 AM** SECTOR CLINICAS ARENAS Y ALREDEDORES	3 **CARACTERIZAR 08:00 AM** SECTOR MEGAMALL Y ALREDEDORES	4 **CARACTERIZAR 08:00 AM** SECTOR ESTACION DE SERVICIO SAN JUAN AV FUNDACION Y ALREDEDORES	5
6	7 **CARACTERIZAR 08:00 AM** SECTOR CRA 4TA – CALLE 21 Y ALREDEDORES	8 **CARACTERIZAR 08:00 AM** SECTOR CANDELARIA CALLE 21 A No 4C-20 Y ALREDEDORES	9 **CARACTERIZAR 08:00 AM** SECTOR OLIMPICA LOS CORTIJOS Y ALREDEDORES	10 **CARACTERIZAR 08:00 AM** SECTOR CRA 4TA Y ALREDEDORES	11 **INTERVENCION** CORREGIMIENTO RIO SECO CORREGIMIENTO EL ALTO DE LA VUELTA	12
13	14	15 **CARACTERIZAR 08:00 AM** SECTOR ESTACION DE SERVICIO SAN JUAN AV SIMON BOLIVAR CRA 19 Y ALREDEDORES	16 **INTERVENCION** CORREGIMIENTO DE GUACOCHITO	17 **INTERVENCION** BARRIO EL ROCIO **CARACTERIZAR 08:00 AM**	18 **CARACTERIZAR 08:00 AM** BARRIO EL ROCIO Y ALREDEDORES	19
20	21 **CARACTERIZAR 08:00 AM**	22 **CARACTERIZAR 08:00 AM**	23 **CARACTERIZAR 08:00 AM**	24 **INTERVENCION** CORREGIMIENTO DE LOS VENADOS **CARACTERIZAR 08:00 AM**	25	26
27	28	29	30 **INTERVENCION** CORREGIMIENTO DE GUAYMARAL CORREGIMIENTO DE AGUAS BLANCA CORREGIMIENTO DE CARACOLI	31		

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SALUD

ÁREA DE LA SECTORIAL:	*SALUD Y AMBITO Y AMBITO LABORAL*						
LUGAR:	*Secretaría Local de Salud*			**FECHA**	07/11/ 2024	**HORA DE INICIO**	*10:30 a.m.*
						HORA FINAL	*11:30 a.m.*
TIPO DE ACTIVIDAD:	**Comité**		**Mesa de Trabajo**		**Auditoría**	**Monitoreo/ Seguimiento**	X
	Reunión		**Asistencia técnica**		**Capacitación**	**Otra/cual:**	
TEMA:	Monitoreo a las acciones del Plan de intervenciones colectivas relacionadas con el área de salud y ámbito laboral.						
OBJETIVO:	Apoyar la vigilancia del cumplimiento de las acciones programadas en el plan de intervenciones colectivas relacionadas con el área de salud y ámbito laboral.						
POBLACIÓN OBJETO:	Personal talento humano del Plan de Intervenciones Colectivas del área de salud y ámbito laboral.						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 10:30 del día 07 de Noviembre del 2024 en las instalaciones de la Secretaría local de salud se reúnen los coordinadores y contratistas de la Dimensión salud y ámbito laboral con el personal talento humano del plan de intervenciones colectivas de la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza del área de salud y ámbito laboral para dar inicio al monitoreo de las acciones programadas y a la ejecución de las mismas conforme a la ficha técnica.

La Coordinadora del área de salud y ámbito laboral Ana Milena Fuentes manifiesta en colaboración con los 2 encuestadores están cumpliendo con un promedio de 28 caracterizaciones por día (14 cada uno) con el fin de lograr un número mayor de caracterizaciones porque en algunas se puede presentar duplicidad de la información por lo cual no se puede hacer el cargue en la plataforma CAPTIC. Se logró un cargue de 188 caracterizaciones con fecha de corte al 30 de Octubre de 2024, para un total acumulado de 688 caracterizaciones, los sectores en los cuales se realizaron caracterizaciones son los siguientes: Hospital Rosario Pumarejo, Sector Clínica Arenas, Sector Megamall, Sector Estación de servicios San Juan, Sector Candelaria, Sector Olímpica Los Cortijos, Sector Urbanización El Rocío, Sector EDS La Esmeralda.

De la misma manera se han realizado de acuerdo a lo programado 04 jornadas de intervención a la población de trabajadores informales en los siguientes sectores:

Scanned with CamScanner

Urbanización El Rocío, Corregimiento los Venados, Corregimiento Guaymaral, Corregimiento Aguas Blancas, Corregimiento Caracolí. Las intervenciones fueron dirigidas a la población trabajadora informal o de la economía popular, de la zona urbana y rural del Municipio de Valledupar, en temas relacionados con la seguridad y salud en el trabajo tales como: Auto cuidado, entornos laborales saludables, prevención de accidentes y enfermedades laborales, política de no alcohol, droga y tabaquismo, Plan de Seguridad Vial, protocolos de bioseguridad en el trabajo y cuidados asociados a la exposición de riesgos físicos, ambientales, psicosociales, biológicos y biomecánicos, entre otros.

El total de las caracterizaciones realizadas en este período se encuentran cargadas en la plataforma CAPTIC, la ingeniera de sistemas Lorena Ramírez, participa en el monitoreo permitiendo verificar dicha información hasta la fecha. Durante las caracterizaciones se inicia una inspección visual aplicando la encuesta de los trabajadores informales, teniendo en cuenta si son estacionarios, semi estacionarios o ambulantes, se verifica si no se encuentran afiliados a la ARL, se verifica si se cuenta con los implementos necesarios para garantizar la bioseguridad y la salud ocupacional (resolución 2640/2007), si manejan hábitos e higiene del personal de trabajo, bioseguridad y riesgos ocupacionales de las labores propias de su cargo.

Se socializa que se deben hacer la presentación de informe por periodo de los sectores caracterizados. Que incluya: Registro de planillas de asistencia, evidencias fotográficas, instrumento (fichas de encuestas) de caracterización diligenciadas, cargue en plataforma ...a la población en página web asignada; y aportar el resultado o consolidado en Excel de ...anera mensual, sobre los avances en la ejecución de la actividad acorde al cronograma entregado y cuenta de cobro presentado. Durante el monitoreo la ingeniera de sistemas aporta el consolidado en Excel hasta el 30 de Septiembre de 2024, y se confirma que fueron cargadas a la plataforma CAPTIC 688 caracterizaciones.

Se da por terminada la reunión de seguimiento siendo las 11:30 am.

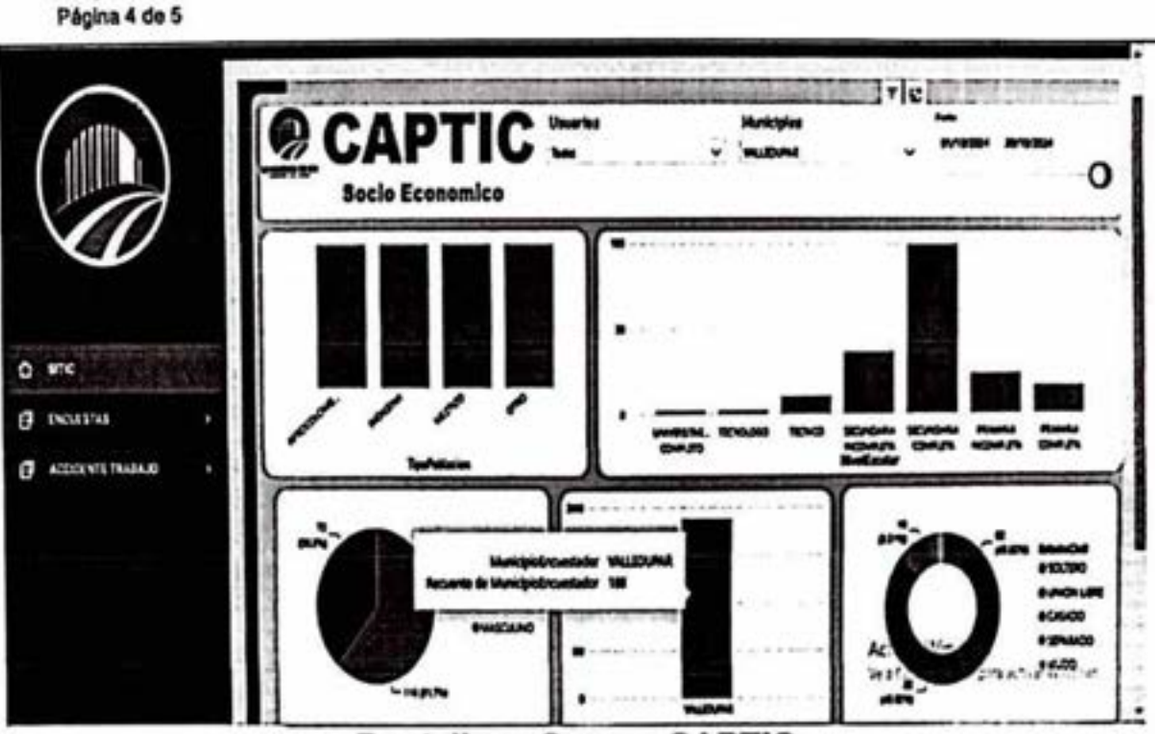
Scanned with CamScanner

REGISTROS FOTOGRÁFICOS



Fotografía tomada con dispositivo móvil 07/11/2024

Scanned with CamScanner



Pantallazo Cargue CAPTIC

	Responsable del diligenciamiento:	*CYNTHIA ARIZA MORON*		
	Cargo /cedula	Profesional especializado (Contratista) CC 1065611150		
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**CARGO/ENTIDAD**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Ana Milena Fuentes	Referente HEAD-PIC	49.607.392	
	Eusebio Manuel Carreño	Sub. S. A. laboral	8046779	
ANEXOS:	Asistencia			

LISTADO DE ASISTENCIA

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
LISTADO DE ASISTENCIA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X) TALLER ___ REUNION ___ CAPACITACION ___ OTRO ___ CUAL Seguimiento Intramural

NOMBRE DEL PROG. Seguimiento PIC - Salud y Ambiente Laboral FECHA Nov 8 2024

RESPONSABLE Cynthia Ortiz Stand

LUGAR Secretaria Local de Salud

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDADES 1. 0-7 2. 8-12 3. 13-21 4. 22-49 5. 50-70 6. 71-80 7. 81-mas	DISCAPACIDAD	ETNIAS 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMAS 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CARGA DE FAMILIA	DISCAPACIDAD 1. PCD 2. CUIDADOR PCD	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
Cynthia Ortiz Stand	1065[illegible]	2	4	N	N	N	N	N	3[illegible]	SLS Gestora	[illegible]
[illegible]	[illegible]	2	4	N	N	N	N	N	[illegible]	Apoyo Salud Lab.	[illegible]
[illegible]	[illegible]	2	4	N	N	N	N	N	[illegible]	SLS	[illegible]
[illegible]	[illegible]	2	4	N	N	N	N	N	[illegible]	SLS Cubierta	[illegible]
[illegible]	[illegible]	2	4	N	N	N	N	N	[illegible]	SLS GCP	[illegible]

Scanned with CamScanner

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
FORMATO DE ACTA

ÁREA:	GESTIÓN EN SALUD PUBLICA – PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS							**No. DE ACTA:** _____ No diligencie este campo			
LUGAR:	SECRETARIA LOCAL DE SALUD					**FECHA**	09/07/2024	**HORA**	03:00 PM A 05:00 PM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**Comité**		**Mesa de Trabajo**		**Visita de Auditoría**			**Visita de Inspección**			
	Reunión	x	**Capacitación**		**Otra/cual:**	Seguimiento y monitoreo al PIC					
TEMA:	SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LAS ACCIONES CONTRATADAS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC-2024) CON LA ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA.										
OBJETIVO:	REALIZAR SEGUIMIENTO AL ANEXO TÉCNICO OPERATIVO FICHAS TÉCNICAS PIC HEAD. SALUD Y ÁMBITO LABORAL.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Talento humano Hospital Eduardo Arredondo Daza (PIC) y funcionarios S.L.S										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**										
	Nombre:	MILETH TATIANA PEÑATE- C.C 39.461.417 AUDITORA GESTIÓN EN SALUD PUBLICA -CONTRATISTAS SLS									

VALIDADORES DEL ACTA	**Nombre**	**Número de Cédula**	**Firma**
	EUSEBIO MANUEL CAMAÑO	8046779	
	LISNEY ARRIETA GUERRA	49.699.774	
	CYNTHIA ARIZA	1065611150	
	BELKIS CÓRDOBA	49.695209	
	Ana Milena Fuentes	49.607.389.	Ana Milena F.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 09 de julio del 2024 en las instalaciones de la secretaria Local de Salud, se reúnen la auditora Mileth Tatiana Peñate Caraballo, el líder de Salud y Ámbito laboral el doctor Eusebio Manuel Camaño y si equipo de profesional las referentes Lisney Arrieta y Cynthia Ariza y en representación de la E.S.E Hospital Eduardo Arredondo Daza la doctora Belkis Córdoba y Ana Milena Fuentes. Con el objetivo de realizar monitoreo Seguimiento de las acciones contratadas en el plan de intervenciones colectivas (PIC-2024) con la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza.

Se inicia la reunión con la presentación de los asistentes, refieren las funciones a su cargo, se da la bienvenida por parte del equipo de Secretaria Local de Salud y da apertura la auditora Mileth Tatiana Peñate Caraballo, refiriendo la importancia del seguimiento en las acciones contratadas en el PIC, recordando a los presentes el valor de la ejecución en los tiempos estipulados dentro del contrato firmado entre las partes, la ejecución de las actividades según lo descrito en los anexos técnicos operativos, con el propósito de llegar a la población objeto del Municipio de Valledupar. La importancia si las acciones colectivas se ejecutan con el equipo idóneo como lo indica las fichas técnicas, la ESE y la S.L.S, lograrían resultados en la comunidad como un mayor impacto de las actividades del Plan e intervenciones colectivas.

Escaneado con CamScanner

En reunión del 24 de junio con el equipo de auditoras de la Secretaria Local de Salud ,la Gerente de la ESE HEAD y referentes PIC de algunas dimensiones, se dejaron compromisos como oportunidad en la entrega del Plan de acción, cronograma ,cuentas cobros e informes de actividades de las acciones contratadas; dar termino a las reuniones de socialización y ajustes de anexos operativos (fichas técnicas), revisión de la medición en las fichas técnicas, de acuerdo al recurso financiero asignado y la contratación del personal del PIC y APS para dar continuidad a las acciones.
La auditora recuerda que el objetivo de esta reunión es avanzar en el seguimiento que las acciones del Plan de Intervenciones Colectiva, que se ejecuten desde un principio de planeación enviando oportunamente los cronogramas y plan de acción respectivo, teniendo una comunicación asertiva con el líder de área de la Sectorial, para un mejor acompañamiento en las actividades.

Se da inicio al seguimiento de la ejecución de las actividad se realiza algunos ajustes pertinentes, revisión de lo programado y lo ejecutado y se revisa nuevamente las fichas técnicas con las referentes del HEAD y se aclaran inquietudes dentro de las fichas técnicas

SALUD Y ÁMBITO LABORAL

Se da inicio al seguimiento con la socializan las acciones programadas y la ficha técnica de cada acción, el plan de acción y cronograma mensual, así mismo se les recuerda que la E.S.E debe presentar la planeación metodológica de las actividades, los soportes o evidencias para cada una de las actividades de manera mensual y el informe con los avances en cada periodo, que incluye análisis de las actividades desarrolladas y la población intervenida, el cual será dirigido al líder del área de salud y ámbito laboral.

- ***Realizar veinticinco (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora de economía popular caracterizada en los diferentes sectores, según lineamientos políticas y acciones en seguridad y salud en el trabajo en el Municipio de Valledupar. zona urbana diez 10 sesiones y rural 15***

Medición (Describa la forma de evaluación o seguimiento de la actividad)	Valor de la actividad : $ 70.000.000 Valor unitario de cada intervención $ 2.800.000

CANTIDAD:25				
	I TRI	II TRI	III TRI	IV TRI
intervenciones			13	12
total			13	12

La intervenciones se deben realizar de la siguiente manera:

En la población trabajadora informal de (economía popular) de la zona urbana y rural del municipio de Valledupar, será intervenida en temas relacionados con la seguridad y salud en el trabajo, incluyendo: Auto cuidado, entornos laborales saludables, prevención de accidentes y enfermedades laborales, política de no alcohol, droga y tabaquismo, Plan de Seguridad Vial, protocolos de bioseguridad en el trabajo y cuidados asociados a la exposición de riesgos físicos, ambientales, psicosociales, biológicos y biomecánicos, entre otros.

- Para el desarrollo de esta actividad estrategia "CUIDATE EN TU TRABAJO" a los sectores económicos; se implementará el uso de obras teatrales, con campañas internas donde se aborden por medio de dramatizados de situaciones que se pueden presentar en los lugares de trabajo. Promocionando la seguridad y salud en el trabajo, haciendo uso de diferentes medios informativos como: Infografías y perifoneo de la actividad.
- Esta estrategia será enfocada a los sectores económicos en la zona urbana, la mayor población objeto. (Fundadores CDV, Zona de clínicas, gobernación terminal y terminalito).Para la zona Rural deben

Escaneado con CamScanner

abarcar el sector económico, agrícola, artesanal entre otros que apliquen en la zona. E los siguientes corregimientos: Mariangola, Los venados, Caracolí, Atanquez , Aguas Blancas, Valencia de Jesús, Badillo, Patillal, Rio seco , La vega, La mina , Guáimaral, Alto de la vuelta, Guacoche y Guacochito.

- En cada encuentro se deberá intervenir de acuerdo a la base de datos entregada hasta completar el 100% en la vigencia y se deberá entregar un informe de manera mensual (consolidado en Excel) sobre los avances en la ejecución de la actividad acorde al cronograma entregado.
- Presentación de informe por periodo de los sectores intervenidos. Que incluya: Videos, registró de planillas de asistencia, evidencias fotográficas de perifoneo y de la actividad, infografía y actas de ejecución de la actividad realizada.
- ***Caracterizar mil (1.000) trabajadores informales nuevos adscritos a pequeñas unidades de negocios, para identificar entornos laborales, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades, en la zona urbana del Municipio de Valledupar. Incluye el cargue a la página del MSPS.***

Medición (Describa la forma de evaluación o seguimiento de la actividad)	Valor de la actividad :$20.000.000 Valor de cada caracterización :$20.000

CANTIDAD: caracterización 1.000				
	I TRI	II TRI	III TRI	IV TRI
Caracterización	0	0	500	500

La intervenciones se deben realizar de la siguiente manera:

La población trabajadora informal (economia popular) de la zona urbana del municipio de Valledupar se le aplicara el instrumento para la caracterización de la población trabajadora informal por actividad económica y territorio en el municipio de Valledupar y cargue en la plataforma Web. Según el instrumento (encuesta) entregada por el Ministerio de salud y protección social.

- Para el desarrollo de esta actividad se hará un trabajo de caracterización a los sectores de economía informal, para cumplir con una meta de 1.000 personas encuestadas nuevas, caracterizados y cargadas a la plataforma en la vigencia 2024.
- Se deberán caracterizar trimestral 500 personas con un cargue del 100% de las personas caracterizadas, **para realizar la factura de estas caracterizaciones nuevas deben estar cargadas en la plataforma.**
- Corresponderá entregar un informe de manera mensual y (consolidado en Excel) sobre los avances en la ejecución de la actividad acorde al plan de acción entregado y se evaluará la calidad del cargue de la caracterización a la plataforma para cumplir con las metas planteadas.

RECOMENDACIONES A LA ESE:

- Se resalta que en el tercer trimestre se harán (500) caracterizaciones, para cumplir con la meta prevista del mismo. La caracterización a trabajadores informales se continúa usando el mismo instrumento de caracterización (encuesta). Se debe caracterizar y hacer cargue y se pagara junto al cargue de la información en la plataforma.
- Contar con el ingeniero para hacer el cargue respectivamente y de manera oportuna, el total de caracterización equivale al total de información cargada.
- Presentar planeación metodológica de la actividad por medio de un documento al coordinador de salud Ambiental
- Se debe hacer la promoción difusión de las redes sociales etiquetando a la secretaria local de salud

Escaneado con CamScanner

- Enviar plan de acción y cronograma vía correo electrónico y en medio físico en las fechas estipuladas.
- Las cuentas e informes con sus evidencias deben ser entregadas como lo contempla el contrato en nuevo pagos al finalizar cada periodo. Según lo contempla anexo técnico de las fichas técnicas.
- Darle cumplimiento al anexo técnico de las actividades contratadas con el PIC 2024. Debe hacerse en el trimestre, como está contemplado en el anexo técnico, teniendo en cuenta los lineamientos operativos para las intervenciones colectivas.

Se ajustó la programación en el trimestre de la actividad debido que la fecha no se ha contratado el personal del PIC para la ejecución de las actividades en Salud y Ámbito Laboral, las actividades quedaron para el tercer y cuarto trimestre de la vigencia. La Secretaría Local de Salud establece como compromiso hacer reunión con S.S.D para asistencia técnica y el ingreso a plataforma (clave) enseguida el HEAD informe que está listo el personal para capacitar.

Se agradece la presencia y participación, se escuchan y plasman en el acta todas las observaciones y sugerencias expuestas, la actividad se concluye con la lectura del acta el cual es aprobado, se dejan compromisos y firma de los asistentes.

REGISTRO FOTOGRÁFICO



Fuente: Tomada con dispositivo móvil 09/07/2024

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	Envío del plan de acción y cronograma	Coordinador PIC	INMEDIATO
2	Asistencia técnica en manejo de la plataforma	Líder Salud y ámbito laboral	JULIO 2024
ANEXOS:	Listado de asistencia		

Escaneado con CamScanner

SECRETARIA LOCAL DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DEL EVENTO: Seguimiento y Monitoreo al PIC 2024 con la ESE - HGAD

RESPONSABLE: Adriana S.L. FECHA:

LUGAR: 04 de julio del 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	EMBARAZADA	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CABEZA DE FAMILIA	DISCAPACIDAD: 1. PCD 2. CUIDADOR PCD	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Sandra Yanet Georgia	50967279	1	5	—	4	4	—	—	3013755165	Sec. S.L.A. laboral	
2	Andres Fontes	49684264	2	4	—	4	4	—	—	3116328510	HGAD	
3	Beiro Castro O	49685683	2	5	—	4	4	—	—	3003849941	HGAD	
4	Cynthia Arias	1065844180	2	4	—	4	4	/	/	3174290103	SLS	
5	Lisney Arieta	1064947740	2	4	—	4	4	—	—	3008290073	SLS.	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Escaneado con CamScanner

DIMENSION SALUD Y ÀMBITO LABORAL
METODOLOGIA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

1. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Realizar veinticinco (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora informal de economía popular caracterizada en los diferentes sectores según lineamientos políticas y acciones en seguridad en el trabajo en el municipio de Valledupar, zona urbana y rural, sectores económicos priorizados de mayor población objeto. (Fundadores, CDV, Zona de Clínicas, gobernación, terminal y terminalito.
En la zona rural (corregimientos enunciados en ficha) que abarcar el sector económico, agrícola, artesanal entre otros que apliquen.

2. ENTIDAD ORGANIZADORA

Cada jornada está organizada por ESE HEAD-SLS en cumplimiento de acciones del PIC 2024, dimensión Salud y Ámbito Laboral según Ficha Técnica Entorno laboral y comunitario.

3. OBJETIVOS

- Generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía en el área urbana y rural del municipio de Valledupar, ejecutando las diferentes labores de acuerdo con el cronograma de trabajo.

4. DESTINATARIOS DE LA ACTIVIDAD

La ejecución de las intervenciones de información en salud está dirigida al Entorno laboral y Comunitario del área urbana y rural del municipio de Valledupar, dirigida a población del Población - Momento Curso de Vida Adolescencia- jóvenes trabajadores, adultos mayores trabajadores, personas con discapacidad y/o otros grupos diferenciales. De acuerdo al sector económico y área de trabajo.

5. FECHAS Y DURACIÓN DE LA ESTRATEGIA

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

6. DESARROLLO DE ESTRATEGIAS.

Para el desarrollo de las veinticinco (25) intervenciones en información en salud se establecerá sobre la estrategia "CUIDATE EN TU TRABAJO": Estrategia Operativa y de información en salud.

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN SALUD (25 INTERVENCIONES).

- Como primera medida se identificarán los sectores donde se desarrollarán las (25) intervenciones de información en salud y se tomarán evidencias del desarrollo de la activad.

- Se realizará visita previa a líderes pertenecientes a cada barrio, sector o sitio a intervenir con el fin de vincularlos a la actividad, concertar posibles fechas para su realización y apoyo en convocatoria de su comunidad.
- Luego de definida la fecha, hora y previo a la ejecución de cada intervención se realizará campañas de perifoneo (de acuerdo con la intervención concertada) que contribuyan a la promoción de los temas contemplados.

- El día de la intervención se seguirá el siguiente orden:

  Se hará la presentación de la estrategia y el objetivo de la intervención para informar a la población del sector informal, porque y para que estamos allí, conozca, identifique y se concientice de las diferentes situaciones y riesgos que se pueden presentar en su lugar de trabajo.

  Se realizará la intervención de **información en salud** a la población intervenida del sector económico a través de obras lúdicas, dramatizadas con participación de la población trabajadora informal de (economía popular), en temas relacionados con la seguridad y salud en el trabajo, incluyendo autocuidado, entornos laborales saludables, prevención de accidentes y enfermedades laborales, política de no alcohol, droga y tabaquismo, plan de seguridad vial, protocolos de bioseguridad en el trabajo y cuidados asociados a la exposición de riesgos físicos, ambientales, psicológicos, biológicos y biomecánicos, entre otros.
  Para el desarrollo de esta actividad estrategia "CUIDATE EN TU TRABAJO" se hará entrega de infografías.
  Según el espacio a intervenir, se refiere a salones comunales, parques, u otro sitio donde se pueda implementar la actividad a desarrollar.

  - La intervención tendrá una duración aproximada de 40 minutos.

ACTIVIDAD U ESTRATEGIA OPERATIVA (1000 caracterizaciones)

Esta actividad se realizará por medio de una aplicación de un instrumento(encuesta) para la caracterización de la población trabajadora informal por actividad económica y territorio en Colombia, del ministerio de salud (encuesta) la cual tiene aproximadamente 95 preguntas.

Esta caracterización se realizará en los últimos dos trimestres del año en curso.
Tercer trimestre comprendido en (Julio - Agosto - Septiembre), dejando la observación que la caracterización inició en el mes de agosto, teniendo en cuenta el cronograma de actividades entregado.

- Para este tercer trimestre en los meses (agosto y septiembre) se realizarán 500 caracterizaciones, a trabajadores informales o economía popular, en los diferentes sectores económicos.
- Se realizará las encuestas a la población trabajadora informal, de acuerdo al cronograma y la meta proyectada a entregar.
- Se hará el cargue de las encuestas realizadas, a la plataforma CAPTIC, diariamente.

- La caracterización durará hasta cumplir la meta proyectada de aplicación de la encuesta.

7. FINAL DE LA ACTIVIDAD

Al final de la ejecución de cada actividad se realizará el informe correspondiente para ser entregado junto con las evidencias y documentos soporte que avalan su ejecución, con lo cual se entienden cumplidas por la ESE HEAD como ejecutora de la actividad, las obligaciones asumidas en virtud de la implementación de esta estrategia.

8. RESULTADOS E IMPACTO

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

8. ANEXOS

METODOLOGIAS DE EJECUCIÓN DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN SALUD (25 INTERVENCIONES)

- Dramatización teatral.
- Infografía.

ESTRATEGIA OPERATIVA (1000 CARACTERIZACIONES)

INSUMOS:

- Instrumento (encuesta)
- Planilla de asistencia de la población trabajadora informal caracterizada.

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
FORMATO DE ACTA

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL							**No. DE ACTA:** _____ No diligencie este campo		
LUGAR:	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD				**FECHA**	30/07/2024	**HORA**	08:40 AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**Comité**		**Mesa de Trabajo**		**Visita de Auditoria**		**Visita de Inspección**			
	Reunión		**Capacitación**	X	**Otra/cual:**		**Taller**			
TEMA:	Capacitación al personal talento humano del PIC en manejo de la plataforma CAPTI para el cargue de la información de las encuestas									
OBJETIVO:	Capacitar al personal talento humano del plan de intervenciones colectivas del área salud y ámbito laboral de la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza en manejo de la plataforma CAPTI para el cargue de la información obtenida en las encuestas.									
POBLACIÓN OBJETIVO:	Talento humano Plan de intervenciones colectivas área salud y ámbito laboral E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**									
	Nombre:	***CONTRATISTAS SLS – SALUD Y AMBITO LABORAL***								
VALIDADORES DEL ACTA	**Nombre**			**Número de Cédula**				**Firma**		
	Eusebio Manuel Camaño			8046779						
	Jaime Oñate Cobra			77.017.305						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 08:30 am del Día 30 de Julio de 2024, en las instalaciones de la Secretaria Local de Salud se reúnen el lider del área de salud y ámbito laboral Eusebio Manuel Camaño, las referentes Lisney Arrieta y Cynthia Ariza, Mileth Tatiana Peñate y el ingeniero Senen San Martin, el coordinador de la oficina de salud y ámbito laboral de la Secretaría de salud Departamental Jaime Oñate, el referente Departamental Iader Durán y en representación del Plan de intervenciones colectivas de la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza Ana Milena Fuentes, Lorena Ramírez, Jesus David Lozano, Faninurys Leyva.

Se da la bienvenida al personal y se socializan aspectos a resaltar sobre la importancia de hacer un trabajo articulado con la población de trabajadores informales o de la economia popular y comunitaria, (estacionaria, ambulante y semiestacionaria), la meta es de 1000 caracterizaciones para la vigencia 2024, se menciona la importancia de que la información sea completa, precisa, CAPTI es un software dinámico que se puede usar desde un dispositivo con acceso a internet en campo, con una IP fija se da el acceso, se debe ingresar con usuario y contraseña, consta de 4 opciones en el menú, se explica cada ítem y los datos que se deben ir diligenciando en cada uno al momento de realizar la encuesta con los trabajadores informales. En los datos se incluyen sexo, ocupación actual, actividad económica. La información es confidencial solo para el manejo de los entes territoriales. Módulo de gestión de usuarios para creación de usuarios y roles, un usuario o rol de administrador del Departamento, un rol de supervisor, roles de encuestadores, se puede imprimir la encuesta y posteriormente hacer el cargue de manera manual, por parte del ingeniero de secretaría local de salud se hace la sugerencia habilitar uso off line, para optimizar el tiempo y que se cargue en el momento que haya la conexión sin digitar.

El aplicativo se denomina Instrumento para la caracterización de la población trabajadora informal por actividad económica y territorio en Colombia, inicia con una pregunta usted está afiliado al sistema general de riesgos laborales? A partir de la respuesta de la misma se define si el empleado encuestado es informal y se da continuidad a las demás preguntas o si no es informal no se aplica el

Powered by CamScanner

instrumento. Fecha de aplicación de la encuesta, hora, tipo de documento de identificación del encuestador, y número de documento de identificación del encuestador, habilita la siguiente ventana donde se deben incluir los datos generales del trabajador encuestado, siguiente ventana datos sociodemográficos, siguiente ventana datos socioeconómicos, ventana número 5 estilos y condiciones de vida, ventana número 6 condiciones de salud, última ventana condiciones de trabajo, en la cual se identifican los riesgos a los que está expuesto en la realización de su labor u oficio. Al final debe arrojar mensaje guardado exitoso.

Se aclaran dudas e inquietudes y se da por terminada la capacitación con los siguientes compromisos.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	Caracterización y cargue de 1000 trabajadores de la economía popular y comunitaria.	PIC HEAD	DICIEMBRE 2024
2	La Secretaria de salud continuará haciendo intervenciones en seguridad y salud en el trabajo a la población caracterizada.	AREA SALUD Y AMBITO LABORAL SECRETARÍA LOCAL DE SALUD	Permanente.

ANEXOS: Listado de asistencia

ANEXO FOTOGRÁFICO



Fuente: Tomada con dispositivo móvil 30/07/2024



Fuente: Tomada con dispositivo móvil 30/07/2024

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

SECRETARIA LOCAL DE SALUD

LISTADO DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DEL EVENTO: Capacitación Equipo DLC Head - S.A. laboral

RESPONSABLE: Eusebio H. Carmona - Jaime Oñate - A.A. salud Oral FECHA: 30-07-2024

LUGAR: Sec. Local de Salud

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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	EMBARAZADA	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CABEZA DE FAMILIA	DISCAPACIDAD: 1. PCD 2. CUIDADOR PCD	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Lisney Arneta	49614771	2	5		4	4	NO		3008790973	Sec. Local Salud	
2	Lorena Ramirez	1065[illegible]461	2	4		4	4	NO		3126119741	Sec. Local Salud	
3	Fanivery Leyva	99717513	2	4		4	1	Si		3242944873	Sec local Salud	
4	Cynthia Arroyo	1065811550	2	4		4	4	/	/	3147829903	SLS	
5	Jesus David Lozano	1063591686	1	3		1	1	NO	NO	3007455753	PIB-HOAD	
6	Ana Maestre	49601309	2	4		4	4	/	/	3006336520	HEHD	
7	Eusebio H. Carmona	80462779	1	5		4	4	/	/	3013835165	S.L.S. A. laboral	
8	Jaime Oñate Correa	77017305	1	5		4	4	/	/	3157412799	Sab. del Cesar	
9	Jesus Sarmiento	1065370278	1	4		1	/	/	/	3164032491	S.L.S	
10	Milady Fabiana Pond	36460410	2	4	-	4	4	/	/	3046[illegible]	S. L.S	
11	Jose Duran	77029151	1	5		4	4			3007660350	Sec. Salud	
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

ENFOQUE DIFERENCIAL

SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024
FORMATO PLAN DE ACCION

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NÚMERO SGR 423

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE | FECHA DE EJECUCION: OCTUBRE DEL 2024

DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	No. De intervenciones	No. De población intervenida	GENERO		MOMENTO CURSO DE VIDA						ENFOQUE DIFERENCIAL							
				F	M	Primera Infancia 0 a 5	Infancia 6 a 11	Adolescencia 12 a 17	Juventud 18 a 28	Adultez 29 a 59	Vejes 60 años y mas	Victima	LGTBI	PPL	INDIGENA	ROM	AFRO	PCD	OTROS
Ambito y Salud Laboral	CONSOLIDADO DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DE ECONOMIA POPULAR INTERVENIDA CARGADA EN LA PLATAFORMA AL CORTE DEL 30 DE OCTUBRE DE 2024	15	188	116	72	0	0	0	43	98	46	62	0	0	12	0	11	0	164
		15	188	116	72	0	0	0	43	98	46	62	0	0	12	0	11	0	164


SITIC
ENCUESTAS
ACCIDENTE TRABAJO
CAPTIC
Socio Economico
Usuarios
Todas
Municipios
VALLEDUPAR
Fecha
01/10/2024
30/10/2024
AFROCOLOMB...
INDIGENA
MESTIZO
OTRO
TipoPoblacion
100
50
0
UNIVERSITAR... COMPLETO
TECNOLOGO
TECNICO
SECUNDARIA INCOMPLETA
SECUNDARIA COMPLETA
PRIMARIA INCOMPLETA
PRIMARIA COMPLETA
NivelEscolar
72 (38.3%)
MASCULINO
116 (61.7%)
MunicipioEncuestador VALLEDUPAR
Recuento de MunicipioEncuestador 188
200
50
0
VALLEDUPAR
16 (8.51%)
82 (43.62%)
82 (43.62%)
EstadoCivil
SOLTERO
UNION LIBRE
CASADO
SEPARADO
VIUDO

INFORME SALUD Y ÁMBITO LABORAL

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar (25) intervenciones de información en salud dirigidas a la población trabajadora de economía popular caracterizada en los diferentes sectores según lineamientos políticas y acciones en seguridad y salud en el trabajo en el Municipio de Valledupar zona urbana diez (10) y rural quince (15).

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

PRESENTACIÓN

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 Salud y Ámbito Laboral tiene previsto el desarrollo de actividades que buscan efectuar en entornos laboral y comunitario en zona urbana y rural del municipio de Valledupar a través, de la estrategia **"CUIDATE EN TU TRABAJO"**.

Estas intervenciones son de gran importancia para mejorar la calidad de vida de la población trabajadora informal y la economía, para minimizar accidentes laborales y generar ambientes de trabajo seguros de las condiciones en salud y seguridad en el trabajo del entorno laboral y comunitario, que sirven de base para dar solución a las problemáticas que sobre cada tema se presenten en el entorno a intervenir.
Se presenta en este informe la ejecución y resultados de estas actividades de gran impacto en la salud y ámbito laboral del municipio del municipio de Valledupar.

OBJETIVO

Generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía en el área urbana y rural del municipio de Valledupar.

INTRODUCCIÓN

Para el inicio de estas actividades y dar cumplimiento, se socializó, y se hizo la concertación con el coordinador de Salud y ámbito Laboral y el talento humano de la E.S.E. para tener un buen desarrollo en cada actividad, por medio de la estrategia, "**CUIDATE EN TU TRABAJO**"

En este mes de octubre del cuarto trimestre se hicieron las siguientes intervenciones, siete (7) en el área rural y una (1) en el área urbana.

EJECUCIÓN

Para la ejecución de las actividades del plan de Intervenciones se escogieron las siguientes zonas urbana y rural del municipio de Valledupar, orientándolos en temas como:
Autocuidado, Elementos de Protección Personal, Entornos Laborales Saludables, Pausas Activas.

Área rural:
Corregimiento Los Venados. En esta zona rural la población objeto fue del Sector comercio, donde se brindó información en salud para el cuidado y se seguridad en el trabajo, con la participación de 14 personas del trabajo informal.

En la información en salud se orientó en un tema muy importante, como son, las Pausas activas, Informando que estas, son sesiones de actividad física desarrolladas en el entorno laboral, con una duración continua mínima de 10 minutos que incluye adaptación física cardiovascular, fortalecimiento muscular y mejoramiento de la flexibilidad buscando reducir el riesgo cardiovascular, tuner carpiano, manguito rotatorio y las lesiones musculares

Se hicieron estiramientos de extremidades superiores, (brazos, manos, muñecas y dedos) también llevar la cabeza hacia los hombros, a un lado y al otro, y alzar los brazos y llevarlos a un costado y al otro para estirar la cintura.

Otro de los temas abordados en la intervención fueron los siguientes:
Ocho (8) tips para un Entorno Laboral Saludable:

- ✓ Armonizar tu espacio físico
- ✓ Promover una alimentación saludable.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Estas informaciones en salud se basan para generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.
A través de dramatizaciones lúdicas se, representaron situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografía).

Corregimiento de Aguas Blancas:
Se brindó información en salud sobre Autocuidado (EEPs) y Entornos Laborales Saludables, con una participación de 14 trabajadores informales del sector comercio.

Se les informa que el autocuidado es muy importante ya que incentiva a los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgos.
Además de les hace énfasis que deben autocuidarse en la ejecución de sus tareas diarias y tener siempre en cuenta lo siguiente:
Utilizar EPP, ya que estos disminuyen algún accidente o inciden que puedan llegar a tener, y que es muy importante utilizar elementos como gafas, botas de cauchos, guantes, usar bloqueador solar, ya que están expuestos a altas temperaturas, camisas mangas largas, usar gorros, o sombreros que puedan mitigar un poco la sofocación en su labor diaria.

Se les da unos tips de entornos laboral saludables, tales como:

- ✓ Promover una alimentación saludable.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros, entre otros.

Estas informaciones en salud se basan pare generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.

Se utilizaron diversos recursos didácticos para apoyar la actividad, infografía y dramatización teatral de alguna situación generada en el área de trabajo.

Corregimiento de Guaymaral: En esta zona rular la población objeto fue trabajadores informales, del sector comercio, personas nativas del mismo corregimiento.

Se brindó información en salud sobre Elementos de protección personal o E.P.P., con una participación de 14 trabajadores informales de esta actividad económica.
Se comienza esta actividad, informándoles sobre el concepto, el cual nos hace referencia que son: son elementos, dispositivos y herramientas que tienen como objetivo proteger la salud y la vida de los trabajadores en cualquier actividad que implique riesgos. Se utilizan para prèvenir accidentes laborales y enfermedades que puedan derivarse de la exposición a factores de riesgo en el lugar de trabajo.
Se les informa que los EPP se clasifican según su función y su nivel de protección. Entre las clasificaciones más comunes se encuentran las siguientes:

Protección de la cabeza: Casco de seguridad, gorros y gorras de protección.
Protección de los ojos y la cara: Gafas, viseras y pantallas de protección facial.
Protección del sistema respiratorio: Máscaras, respiradores y filtros.
Protección de las manos y los brazos: Guantes, mangas y muñequeras.
Protección de los pies y las piernas: Zapatos y botas de seguridad, polainas y calcetines.
Protección del cuerpo: Ropa de trabajo, trajes de protección y chalecos.

En este caso, de acuerdo con su actividad se les hace referencia que ellos deben de portar siempre sus EPPs, tales como.
Zapatos cerrados, guantes, ropa adecuada, mangas, utilizar siempre su protector solar, ya que están expuestos a altas temperatura por su lugar de trabajo, tapabocas, entre otras, ya que estos disminuyen algún accidente o incidente que puedan llegar a tener.

Estas informaciones en salud se basan para geñerar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economia.
A través de dramatizaciones lúdicas que, representan situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografia).

Corregimiento de Caracolí:
Se brindó información en salud sobre EEP (autocuidado) y Entornos Laborales Saludables, con una participación de 14 trabajadores informales del sector comercio.

Se les informa que el autocuidado es muy importante ya que incentiva a los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgos.
Además de les hace énfasis que deben autocuidarse en la ejecución de sus tareas diarias y tener siempre en cuenta lo siguiente:
Utilizar EPP, ya que estos disminuyen algún accidente o inciden que puedan llegar a tener, y que es muy importante utilizar elementos como gafas, botas de cauchos, guantes, usar bloqueador solar, ya que están expuestos a altas temperaturas, camisas mangas largas, usar gorros, o sombreros que puedan mitigar un poco la sofocación en su labor diaria.

Se les da unos tips de entornos laboral saludables, tales como:

- ✓ Promover una alimentación saludable.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.
- ✓ Trabajar en equipo.

- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros, entre otros.

Estas informaciones en salud se basan pare generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.

Se utilizaron diversos recursos didácticos para apoyar la actividad, infografía y dramatización teatral de alguna situación generada en el área de trabajo.

Corregimiento Rio Seco. En esta zona rural la población objeto fue del Sector comercio, donde se brindó información en salud para el cuidado y se seguridad en el trabajo, con la participación de 13 personas del trabajo informal.

Se les informa que el autocuidado es muy importante ya que incentiva a los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgos.
Además de les hace énfasis que deben autocuidarse en la ejecución de sus tareas diarias y tener siempre en cuenta lo siguiente:
Utilizar EPP, ya que estos disminuyen algún accidente o inciden que puedan llegar a tener, y que es muy importante utilizar elementos como gafas, botas de cauchos, guantes, usar bloqueador solar, ya que están expuestos a altas temperaturas, camisas mangas largas, usar gorros, o sombreros que puedan mitigar un poco la sofocación en su labor diaria.

Otro de los temas abordados en la intervención fueron los siguientes:
Ocho (8) tips para un Entorno Laboral Saludable:

- ✓ Armonizar tu espacio físico
- ✓ Promover una alimentación saludable.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Estas informaciones en salud se basan para generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.
A través de dramatizaciones lúdicas se, representaron situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografía).

Corregimiento Alto de la Vuelta:
Se brindó información en salud sobre Autocuidado (EEPs) y Entornos Laborales Saludables, con una participación de 14 trabajadores informales del sector comercio.

Se les informa que el autocuidado es muy importante ya que incentiva a los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgos.
Además de les hace énfasis que deben autocuidarse en la ejecución de sus tareas diarias y tener siempre en cuenta lo siguiente:
Utilizar EPP, ya que estos disminuyen algún accidente o inciden que puedan llegar a tener, y que es muy importante utilizar elementos como gafas, botas de cauchos, guantes, usar bloqueador solar, ya que están expuestos a altas temperaturas, camisas mangas largas, usar gorros, o sombreros que puedan mitigar un poco la sofocación en su labor diaria.

Se les da unos tips de entornos laboral saludables, tales como:

- ✓ Promover una alimentación saludable.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros, entre otros.

Estas informaciones en salud se basan pare generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.

Se utilizaron diversos recursos didácticos para apoyar la actividad, infografía y dramatización teatral de alguna situación generada en el área de trabajo.

Corregimiento de Guacochito: En esta zona rural la población objeto fue trabajadores informales, del sector comercio, personas nativas del mismo corregimiento.

Se brindó información en salud sobre Elementos de protección personal o E.P.P., con una participación de 14 trabajadores informales de esta actividad económica.
Se comienza esta actividad, informándoles sobre el concepto, el cual nos hace referencia que son: son elementos, dispositivos y herramientas que tienen como objetivo proteger la salud y la vida de los trabajadores en cualquier actividad que implique riesgos. Se utilizan para prevenir accidentes laborales y enfermedades que puedan derivarse de la exposición a factores de riesgo en el lugar de trabajo.
Se les informa que los EPP se clasifican según su función y su nivel de protección. Entre las clasificaciones más comunes se encuentran las siguientes:

Protección de la cabeza: Casco de seguridad, gorros y gorras de protección.
Protección de los ojos y la cara: Gafas, viseras y pantallas de protección facial.
Protección del sistema respiratorio: Máscaras, respiradores y filtros.
Protección de las manos y los brazos: Guantes, mangas y muñequeras.
Protección de los pies y las piernas: Zapatos y botas de seguridad, polainas y calcetines.
Protección del cuerpo: Ropa de trabajo, trajes de protección y chalecos.

En este caso, de acuerdo con su actividad se les hace referencia que ellos deben de portar siempre sus EPPs, tales como.
Zapatos cerrados, guantes, ropa adecuada, mangas, utilizar siempre su protector solar, ya que están expuestos a altas temperatura por su lugar de trabajo, tapabocas, entre otras, ya que estos disminuyen algún accidente o incidente que puedan llegar a tener.

Estas informaciones en salud se basan para generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.
A través de dramatizaciones lúdicas que, representan situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografía).

Área Urbana:
Sector Urbanización El Rocío: En esta zona urbana la población objeto fue del Sector comercio, donde se brindó información en salud para el cuidado y se seguridad en el trabajo, con la participación de 68 personas trabajadoras informales, de diferentes sectores, como manufactura y comercio.

El tema informado en la intervención fue Entorno Laboral Saludable: se les indica que un entorno laboral saludable, son aquellos centros de trabajo en los que las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, buena organización, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social de los trabajadores a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral.

Se les orienta que, dentro del ámbito laboral, el entorno físico del lugar de trabajo va impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son:

- Puestos de trabajo
- Características ambientales como: el frío, calor, ruido e iluminación.

Es necesario tener en cuenta ocho (8) tips para un Entorno Laboral Saludable:

- Armonizar tu espacio físico
- Promover una alimentación saludable.
- Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- Aprender a identificar riesgos y peligros.
- Realizar actividades de recreación y deporte.
- Trabajar en equipo.
- Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Además de les hace énfasis que deben autocuidarse en la ejecución de sus tareas diarias y tener siempre en cuenta lo siguiente:
Los EPPs, nos hace referencia a que son: son elementos, dispositivos y herramientas que tienen como objetivo proteger la salud y la vida de los trabajadores en cualquier actividad que implique riesgos. Se utilizan para prevenir accidentes laborales y enfermedades que puedan derivarse de la exposición a factores de riesgo en el lugar de trabajo. ya que estos disminuyen algún accidente o inciden que puedan llegar a tener, y que es muy importante utilizar elementos como zapatos cerrados, guantes, tapabocas, usar bloqueador solar, ya que están expuestos a altas temperaturas, hidratarse permanentemente, usar camisas mangas largas, usar gorros, o sombreros que puedan mitigar un poco la sofocación en su labor diaria.

Estas informaciones en salud se basan para generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía.
A través de dramatizaciones lúdicas se, representaron situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografia).

CONCLUSIÓN

Finalmente, en la terminar las intervenciones de información en salud realizadas, para el mes de octubre, en las cinco (08) zonas intervenidas, una (1) urbana y siete (7) rural, con la estrategia "**CUIDATE EN TU TRABAJO**". Se hace una retroalimentación donde se evidencia que los trabajadores informales, de la economía popular del municipio de Valledupar, generan conciencia y manifiestan que deben autocuidarse, mantener su entorno laboral saludable, usar los elementos de protección personal, y que son de mucha importancia hacer pausas activas durante su actividad laboral.
De esta manera se dio por cumplida por la ESE HEAD como ejecutora de la actividad, las obligaciones asumidas en virtud de la implementación de esta estrategia.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS ACTIVIDAD INTERVENCIÓN

CORREGIMIENTO DE LOS VENADOS





CORREGIMIENTO DE AGUAS BLANCAS





CORREGIMIENTO DE GUAYMARAL





CORREGIMIENTO DE CARACOLÍ







CORREGIMIENTO DEL ALTO DE LA VUELTA





CORREGIMIENTO DE GUACOCHITO





CORREGIMIENTO DE RIO SECO





URBANIZACIÓN EL ROCÍO





1.2. ANEXOS

- Acta de ejecución por cada intervención.
- Planilla de asistencia de población intervenida.
- Registro fotográfico.
- Flayer de la actividad.
- Infografía.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, cesar a los 01 días del mes de noviembre de 2024.

BELKIS CORDOBA
COORDINADORA PIC - 2024
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

Proyectó: Ana Milena Fuentes Añez
Referente Salud y Ámbito Laboral - HEAD - PIC 2024

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC										
LUGAR:	CORREGIMIENTO DE GUACOCHITO				**FECHA:**	16 DE OCTUBRE DE 2024		**HORA INICIO:**	4:00 pm		
								HORA FINAL:	4:50 pm		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**			**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÒN**					
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL										
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**										
POBLACIÓN OBJETIVO:	POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL- PALEROS										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 4:00 pm del 16 de octubre del 2024 en el Corregimiento de Guacoche, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por los referentes, Ana Milena Fuentes, y Jesus David Lozano, con el programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, acompañado por el presidente de la asociación de los Paleros (trabajadores quienes extraen el material directamente del rio), mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación acerca, de que son **Elementos de Protección Personal**, El Equipo de Protección Personal o EPP son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.

Aunque la población intervenida (paleros) o en general se relaciona el EPP con la vida laboral, la realidad es que todos, alguna vez, hemos usado uno, por ejemplo, usar guantes cuando levantamos un recipiente caliente, o entre otras actividades.
En la intervención se resalta que existen diversos tipos de EPP para diferentes tipos de riesgos, no obstante, en general sirven para proteger la cabeza, oídos, cara, ojos, respiratoria, miembros superiores y miembros inferiores.

Cabe resaltar que os materiales de arrastre son materias primas clave para el desarrollo social y económico de nuestras comunidades, la explotación de estos materiales implica el reto de lograr una sostenibilidad adecuada, encaminada a la conservación y equilibrio de los ecosistemas presentes en las áreas de aprovechamiento, además, que genere un beneficio para las comunidades, el titular minero y que a su vez garantice la disponibilidad de recursos para las generaciones futuras.

Durante la orientación de información en salud, la población de Paleros está muy atenta a la actividad, manifiestan que su trabajo es muy peligroso, que además no usan ninguna protección personal y tienen mucho tiempo de estar haciéndola y nunca les ha pasado nada, pero que es necesario empezarse a cuidar, ellos están expuestos a altas temperatura durante todo el día, no

usan bloqueador, pocas veces usan camisas mangas larga, gafas, guantes, botas, entre otros elementos.

Se les recomienda usar siempre sus elementos de protección personal como:

- Guantes: esto les ayudan para un mejor agarre de la pala, a no maltratarse y siempre estar protegidos, por si se presentara algún incidente laboral.
- Bloqueador solar, previene enfermedades de piel, en su defecto un CA
- Botas, protege los pies de que se rajen, o enfermedades.
- Gorras, escafandras o cascos.
- Fajas lumbares, para proteger, columna.

Todo esto busca incentivar en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, creando así que los trabajadores estén menos propensos a sufrir accidentes o incidentes que les pueda causar una lesión o la muerte.

De igual manera se les explica brevemente, de cómo debemos incluir en nuestras vidas el auto cuidado laboral:

- No cometer actos inseguros en nuestra área de trabajo.
- Tener buenos hábitos alimenticios.
- Mantener un buen estado físico y mental.

También se les dice que para tener un autocuidado en la ejecución de sus tareas diarias en su lugar de trabajo se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Utilizar los elementos de protección personal (EPP) adecuadamente.
- Cuidar los EPP.

Después de toda la información en salud que se les brindó, se hace la dramatización lúdica, presentando un ejemplo real de que podría pasar sino utilizamos los Elementos de Protección Personal.

Y por último se les ***"RECUERDA QUE EL AUTOCUIDADO ES MUY IMPORTANTE PARA PRESERVAR NUESTRA SALUD Y BIENESTAR, PARA PONERLO EN PRACTICA EN SUS VIDAS"*** y se les entrega material lúdico - infografía.

Se da por terminada a las 4:50 pm, la intervención de manera satisfactoria, con una asistencia de 14 paleros, de extracción de arena.

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024

FORMATO DE ACTA

COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1	Poner en práctica lo aprendido	Trabajadores informales-paleros	Inmediato

REGISTROS FOTOGRAFICOS





ANEXOS:	LISTA DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA:	**Firma:**	Ana Milena Fuentes	
	Nombre:	**ANA MILENA FUENTES AÑEZ** REFERENTE SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD PIC	
VALIDADOR(ES) DEL ACTA:	**NOMBRE**	**Número de cédula**	**Firma**
	WALTER ROMERO	**77.038.135**	Walter Romero

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?: Intervencion

NOMBRE DEL EVENTO: Intervencion en Informacion en Salud

RESPONSABLE: Salud y Ambiente Laboral HEAD-PIC FECHA: 16-10-2024

LUGAR: Corregimiento de Guacochito

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 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	Jose Manuel Arias	77231314	1	5	4	4	1	3015141917	Colectivo	
2	Isaac Miguel Davis	1006538388	1	4	4	4	—	Do tiene	Comercio	ISAAC M
3	Isidro Chinchilla	12.723288	1	6	1	1	1	3004139418	Comercio	ISRH
4	Jorge E. Castillo	77092820	1	5	1	4	1	3045749400	Comercio	Jorge Castillo
5	Oscar Junior Valdez	77273610	1	5	1	1	1	3003477188	Polaar	OSCAR V
6	Javier Andres Toro	1067810894	1	5	4	4	1	3002442394	Polaar	Javier Toro
7	Gustavo Carrillo	7571934	1	5	1	1	1	3007491892	Polaro	
8	Jaime Montejo	1123905133	1	5	4	4	1	—o—	Polaro	
9	Henry Andrade	77154416	1	5	4	4		3043518246	Polaro	Henry Andrade
10	Armando Ortiz	77029791	1	5	4	4		3013056558	Polaro	Ortiz Armando
11	Armando Arroyo M.	77171330	1	5	4	4	1	3217633404	Polaro	Armando H.
12	Rafael Cordoba	77027423	1	5	1	1	1	3145895787	Polaro	R.C.M
13	William Paz Valdez	1.100595555	1	5	1	4	4	3207917437	Polaro.	
14	Luis Mariana R.	79774840	1	5	4	4	4	3208504225	Polaro.	Luis R
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.

El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO





ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC										
LUGAR:	CORREGIMIENTO DEL ALTO DE LA VUELTA				**FECHA:**	11 DE OCTUBRE DE 2024		**HORA INICIO:**	10:30 am		
								HORA FINAL:	11:30 am		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**			**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÒN**					
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – AUTOCUIDADO Y ENTORNOS LABORALES SALUDABLES										
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**										
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMARLES										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 10:30 am del 11 de octubre del 2024, en el corregimiento del Alto De La Vuelta, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes y Jesús David Lozano, del programa de Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía rural, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación de manera sencilla de que es el **autocuidado laboral**, que busca incentivar en las trabajadoras para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de áreas de trabajo, creando así que los trabajadores estén menos propensos a sufrir accidentes o incidentes que les pueda causar una lesión o la muerte.

De igual manera se les orienta brevemente, de cómo debemos incluir en nuestras vidas el auto cuidado laboral:

- No cometer actos inseguros en nuestra área de trabajo, como toda acción que un trabajador realiza omitiendo los cuidados y el cumplimiento de las medidas de seguridad.
- Mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, aquí es necesario establecer una cultura de orden y limpieza laboral, para generar, crear y promover hábitos que fomenten la responsabilidad, asegurando un ambiente seguro y organizado.
- Tener buenos hábitos alimenticios, tomar abundante agua para mantenerse hidratado, comer muchas frutas y verduras.
- Mantener un buen estado físico y mental, aquí es necesario cuidar bien de tu cuerpo, como, dormir bien, alimentarse de forma adecuada, realizar ejercicio de manera constante. Esto proporciona una sensación de bienestar y relajación.

En esta intervención también se les orienta acerca, que es un **entorno laboral saludable,** indicándoles que es aquel, donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.

Un Entorno Laboral Saludable en las actividades del hombre, le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

Es por eso, que el entorno laboral saludable va ligado a lograr el bienestar de los trabajadores, pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, buena organización, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social de los trabajadores a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral.

Dentro del ámbito laboral, el entorno físico del lugar de trabajo va a impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son: Lugar de trabajo y características ambientales como: el frío, calor, ruido e iluminación.
Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio físico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Es por eso que el entorno laboral saludable, se les recalca que son aquellos centros de trabajo en los que las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores, pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social del trabajador a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral. Todos estos factores están interrelacionados dinámicamente.
Y dentro de esta dimensión de ámbito laboral, promovemos que el entorno físico del lugar de trabajo va a impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son: puestos de trabajo, características ambientales como: el frío, calor, ruido entre otros.
La población intervenida interactúa, diciendo que ellos no miden los peligros ni riesgos en sus actividades diarias en su lugar de trabajo, y además no usan ningún elemento de protección personal, ya que tienen tiempo de hacerlo de la manera como lo hacen y nunca les ha pasado nada.
Se sensibiliza para generar esa conciencia, que ejerciendo su labor pueden estar enfrentados a diferentes factores de riesgo, las cuales se les menciona, algunos como los son: el riesgo físico, se les recomienda que los deben usar siempre en su lugar de trabajo, por la exposición diaria al sol y las altas temperaturas que se están presentando, hidratarse constantemente, colocarse calzado adecuado, usar camisas mangas largas, usar sombreros, gorras, y bloqueador solar.

En esta zona rural la población objeto fue trabajadores de la economía informal, con la participación de 14 trabajadores informales del sector económico, comercio.

A través de dramatizaciones lúdicas se representaron situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografía).

Y por último se les ***"RECUERDA QUE NADA ES TAN IMPORTANTE, NI TAN URURGENTE QUE NO SE PUEDA HACER CON SEGURIDAD"***.
Se da por terminada la intervención a las 11:45 am, siendo muy receptivos al escuchar esta información, ejecutada por el Hospital Eduardo Arredondo Daza, con el Plan de Intervenciones Colectivas.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	Poner en práctica lo aprendido	Trabajadores informales	Inmediato

REGISTROS FOTOGRAFICOS





ANEXOS:	LISTA DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA:	**Firma:**	Ana Milena Fuentes	
	Nombre:	**ANA MILENA FUENTES AÑEZ** REFERENTE SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD PIC	
VALIDADOR(ES) DEL ACTA:	**NOMBRE**	**Número de cédula**	**Firma**
	Olivia Flores	**1.065.612.720**	Olivia Flores H

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?: Intervencion Caracterizacion

NOMBRE DEL EVENTO: Intervension en Informacion en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral HEAD PIC FECHA: 11-10-2024

LUGAR: Corregimiento Alto de la Vuelta

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (1 día 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. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Jeanet Guillen Guerra	77.176.266	1	5	1	1	1	304 234 6060	Comercio	
2	Roberto Diaz F.	3044397340	1	5	4	1	1	1073 298	Comercio	Roberto Diaz
3	Yomara Cabarcas	1148.140.814	2	5	1	1	N	300 4883716	Comercio	Yomara Cabarcas
4	Olivio Flores H.	1065.612.720	2	4	2	1	—	316 644 8381	Comercio	Olivio Flores H.
5	Yarel H. Delgado	1044 931 332	1	4	4	1	—	300 280 2490	Comercio	
6	Pedro Moya	5 034 246	1	6	4	1	—	No tiene	Comercio	Pedro Moya
7	Juan Guerra D.	77.176.948	1	5	4	1	—	—	Comercio	JUANCOTS
8	Yomo Cabarcas	2028 94 94	2	5	1	1	—		Comercio	Maria Cabarcas
9	Bienvenido Arrieta	1257 13122	1	5	4	4	U	322 253 0746	Comercio	Bienvenido Arrieta
10	Maria Isabel Rodriguez	26.140.615	2	6	4	4	1	3017693490	Comercio	Yudisa Irina
11	Orlando Arrieta R.	12.713.417	1	6	4	1	—	304 683 4446	Comercio	Orlando Arrieta
12	Sara Perez Arocha	42.493.807	2	6	4	4	—	311 576 9951	Comercio	Sara Perez
13	Virginio Maestre C.	12.499.737	2	5	4	1	1	3152974912	Comercio	Virginio Gonzalez
14	Jose Narvaez Burgos	17.840.157	1	6	4	4	—	3103183949	Comercio	Jose Narvaez
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.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC						
LUGAR:	CORREGIMIENTO DE RÍO SECO		**FECHA:**	11 DE OCTUBRE DE 2024	**HORA INICIO:**	8:00 am	
					HORA FINAL:	10:00 am	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÓN**	
TEMA:	INTERVENCIÓN EN INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – ENTORNO LABORAL SALUDABLE – ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)						
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**						
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMALES						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 8:00 am del 11 de octubre del 2024, en el corregimiento de Río Seco, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes y Jesús David Lozano, del programa de Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), del lugar antes mencionado, para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía rural, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación acerca, de que es un **entorno laboral saludable,** es aquel donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.

El Entorno Laboral Saludable se orienta a las actividades del hombre que le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio físico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Se orienta acerca, de los **Elementos de Protección Personal**, El Equipo de Protección Personal o EPP son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.
Aunque la población intervenida o en general se relaciona el EPP con la vida laboral, la realidad es que todos, alguna vez, hemos usado uno, por ejemplo, usar guantes cuando levantamos un recipiente caliente, o entre otras actividades.
En la intervención se resalta que existen diversos tipos de EPP para diferentes tipos de riesgos, no obstante, en general sirven para proteger la cabeza, oídos, cara, ojos, respiratoria, miembros superiores y miembros inferiores.

También se les dice que para tener un autocuidado en la ejecución de sus tareas diarias en su lugar de trabajo se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Utilizar los elementos de protección personal (EPP) adecuadamente.
- Cuidar los EPP.
- Cuidar sus manos, ejerciendo su actividad económica.

Después de toda la información en salud que se les ha brindado, se hace la dramatización lúdica, presentando un ejemplo real de que podría pasar sino tenemos un buen autocuidado laboral, y por no utilizar los EEP.

Luego se interactúa con los trabajadores informales, para que ellos de manera espontánea hagan una retroalimentación de cómo les pareció, y que les puede aportar en su actividad económica. Se muestran muy receptivos a toda la información generada en la intervención, que se hace a través de la estrategia, y cuidado de salud en el trabajo, para mejor la calidad de vida de la población trabajadora informal y su economía.

Y por último se les ***"RECUERDA QUE NADA ES TAN IMPORTANTE, NI TAN URURGENTE QUE NO SE PUEDA HACER CON SEGURIDAD"***. Y se les hace entrega material lúdico (infografía)

Se da por terminada la intervención a las 10:00 am, con una asistencia de 13 personas.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	Poner en práctica lo aprendido	Trabajadores informales	Inmediato

REGISTROS FOTOGRAFICOS





ANEXOS:	LISTA DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA:	**Firma:**	Ana Milena Fuentes	
	Nombre:	**ANA MILENA FUENTES AÑEZ** REFERENTE SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD PIC	
VALIDADOR(ES) DEL ACTA:	**NOMBRE**	**Número de cédula**	**Firma**
	Rafael Maestre Coronado	**1.063.953.765**	Rafael Maestre

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

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: X CUAL?: Organizacion Barrial

NOMBRE DEL EVENTO: Intervencion en Informacion en Salud

RESPONSABLE: Salud y Ambiental Laboral HEAD PIC FECHA: 11-10-2024

LUGAR: Corregimiento Rio Seco

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	Mendoza Adolfo Uceta	1065614486	2	4	4	1	3216630231	Comercio	Adolfo Mendoza
2	Rafael Maestre Coronado	1063933945	1	4	4	1	3003009744	Comercio	Rafael Maestre
3	Elkis Bolano Diaz	1065826417	1	2	1	1	3147041803	Comercio	Elkis Bolano
4	Elizabeth Villarreal	1014360856	2	4	4	1	3146333781	Comercio	Elizabeth Villarreal
5	Nonio A. Estrada	1073814977	2	4	4	—	3104146288	Comercio	Nonio Estrada
6	Andres Cervantes	1067494864	2	4	4	—	3234483190	Comercio	Andres Cervantes
7	Keris Cordoba Castilla	1061819332	2	5	4	—	3113245770	Comercio	Keris Cordoba
8	Cordoba Castilla Rafael	1066270950	1	4	4	—	3234883320	Comercio	Rafael Cordoba
9	Jose Arias Nieves	1123207077	2	5	2	1	3187043774	Comercio	Jose Arias
10	Dadis Villarreal	49775832	2	5	2	1	3112680453	Comercio	Dadis Villarreal
11	Yeth P. Martinez	1067711107	2	4	4	—	3169609026	Comercio	Yeth Martinez
12	Aido Mendoza M	49585040	2	5	4	1	3228577713	Comercio	Aido Mendoza
13	Manuel Mendoza	77010584	1	6	4	1	3136440417	Comercio	Manuel Mendoza
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.

El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC						
LUGAR:	CORREGIMIENTO DE CARACOLÍ	**FECHA:**	30 DE OCTUBRE DE 2024	**HORA INICIO:**	11:45 am		
				HORA FINAL:	1:15 pm		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÒN**	
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – AUTOCUIDADO Y ENTORNOS LABORALES SALUDABLES						
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**						
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMARLES						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 11:30 am del 30 de Octubre del 2024, en el corregimiento de Caracolí, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes, Facnorys Leiva y Jesús David programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía rural, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación de manera sencilla de que es el **autocuidado laboral**, que busca incentivar en las trabajadoras para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de áreas de trabajo, creando así que los trabajadores estén menos propensos a sufrir accidentes o incidentes que les pueda causar una lesión o la muerte.

De igual manera se les orienta brevemente, de cómo debemos incluir en nuestras vidas el auto cuidado laboral:

- No cometer actos inseguros en nuestra área de trabajo, como toda acción que un trabajador realiza omitiendo los cuidados y el cumplimiento de las medidas de seguridad.
- Mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, aquí es necesario establecer una cultura de orden y limpieza laboral, para generar, crear y promover hábitos que fomenten la responsabilidad, asegurando un ambiente seguro y organizado.
- Tener buenos hábitos alimenticios, tomar abundante agua para mantenerse hidratado, comer muchas frutas y verduras.
- Mantener un buen estado físico y mental, aquí es necesario cuidar bien de tu cuerpo, como, dormir bien, alimentarse de forma adecuada, realizar ejercicio de manera constante. Esto proporciona una sensación de bienestar y relajación.

En esta intervención también se les orienta acerca, que es un **entorno laboral saludable,** indicándoles que es aquel, donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.
Un Entorno Laboral Saludable en las actividades del hombre, le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

Es por eso, que el entorno laboral saludable va ligado a lograr el bienestar de los trabajadores, pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, buena organización, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social de los trabajadores a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral.

Dentro del ámbito laboral, el entorno físico del lugar de trabajo va a impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son: Lugar de trabajo y características ambientales como: el frío, calor, ruido e iluminación.
Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio físico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Es por eso que el entorno laboral saludable, se les recalca que son aquellos centros de trabajo en los que las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores, pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social del trabajador a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral. Todos estos factores están interrelacionados dinámicamente.
Y dentro de esta dimensión de ámbito laboral, promovemos que el entorno físico del lugar de trabajo va a impactar directamente en la salud y seguridad de los trabajadores, como lo son: puestos de trabajo, características ambientales como: el frío, calor, ruido entre otros.
La población intervenida interactúa, diciendo que ellos no miden los peligros ni riesgos en sus actividades diarias en su lugar de trabajo, y además no usan ningún elemento de protección personal, ya que tienen tiempo de hacerlo de la manera como lo hacen y nunca les ha pasado nada.
e sensibiliza para generar esa conciencia, que ejerciendo su labor pueden estar enfrentados a diferentes factores de riesgo, las cuales se les menciona, algunos como los son: el riesgo físico, se les recomienda que los deben usar siempre en su lugar de trabajo, por la exposición diaria al sol y las altas temperaturas que se están presentando, hidratarse constantemente, colocarse calzado adecuado, usar camisas mangas largas, usar sombreros, gorras, y bloqueador solar.

En esta zona rural la población objeto fue trabajadores de la economía informal, con la participación de 14 hombres y mujeres de diferentes sectores económicos, como pesca y comercio.

A través de dramatizaciones lúdicas se representaron situaciones comunes en el entorno laboral, simulando una situación de su actividad económica, apoyando la actividad con material informativo (infografía).

Y por último se les ***"RECUERDA QUE NADA ES TAN IMPORTANTE, NI TAN URURGENTE QUE NO SE PUEDA HACER CON SEGURIDAD"***.
Se da por terminada la intervención a las 1:15 pm, siendo muy receptivos al escuchar esta información, ejecutada por el Hospital Eduardo Arredondo Daza, con el Plan de Intervenciones Colectivas.

COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1	**Poner en práctica lo aprendido**	**Trabajadores informales**	**Inmediato**

REGISTROS FOTOGRAFICOS







ANEXOS:	LISTA DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA:	**Firma:**	Ana Milena Fuentes	
	Nombre:	**ANA MILENA FUENTES AÑEZ** **REFERENTE SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD PIC**	
VALIDADOR(ES) DEL ACTA:	**NOMBRE**	**Número de cédula**	**Firma**
	Aldemar De Jesús Castilla	**1.081.918.161**	Aldemar Castillo

"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?: Intervención

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Promoción en Salud.

RESPONSABLE: Salud y Ambs Laboral Hend PIC. FECHA: 30/oct/2024

LUGAR: Coliseo Cerramiento Concalli.

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) 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	Angela Ines Rojano	1012654340	2	5	4	4	1	3207193839	Comercio	Angela Rojano
2	Aldemar de jesus castillo	1081918160	1	5	4	1	1	3228768781	Comercio	Aldemar castillo
3	hidalgo Alberto Gilleu.	1192905627	1	4	4	4	—	3155666412	Comercio	[illegible]
4	Jose ortiz	1065648427	1	5	4	1	1	3065648426	Comercio	Jose ortiz
5	Hernando Enrique Martinez	85447551	1	5	4	4	1	3135684590	Comercio	Hernando E Mz.
6	Jhon Cantos Becerra	1003314594	1	5	4	4	1	3017122212	Comercio	[illegible]
7	Shonyton Montero	1260043234	1	5	4	4	1	3114068767	Comercio	Jhonatan M.
8	Jose de los Santos Rodriguez	77012936	1	6	4	1	1	3107605532	Comercio	[illegible]
9	Dinaluz Cabarca.	1065651180	2	5	4	1	1	3044910346	Comercio	[illegible]
10	Yilver alfonso Zuloaga	1003314179	1	4	2	1	1	3127939199	Comercio	Yilver Salgado
11	Sixta Mejia Charris	1067806698	2	4	4	1	1	3002607079	Comercio	Sixta Mejia
12	Merlis Rosales.	22360086	2	5	4	3	1	3243889939	Comercio	Merlis Rosales
13	Liceth Rodriguez	1065635214	2	5	4	1	1	3022739654	Comercio	Liceth Rodriguez
14	Jaides Maulla.	1065655195	2	5	4	1	1	3206717469	Comercio	Jaides Maulla

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


INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Entornos Laborales Saludables - Elementos de Protección Personal
Dirigido a Trabajadores Informales
30 de Noviembre
Lugar: Caracolí
Hora: 11:30 a.m
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Au tocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
HEAD
PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC										
LUGAR:	CORREGIMIENTO GUYAMARAI			**FECHA:**	30 DE OCTUBRE DE 2024		**HORA INICIO:**	10:00 am			
							HORA FINAL:	10:50 am			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**			**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**		**INTERVENCIÒN**				
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – ENTORNO LABORAL SALUDABLE – ELEMENTOS DE PROTECCIÒN PERSONAL (EPP)										
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**										
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMALES										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 10:00 am del 30 de Octubre del 2024, en el corregimiento Guaymaral, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes, Facnorys Leiva y Jesús David programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), acompañado por la señor Carlos Andres Vanegas, en representación de lider comunitario, del corregimiento antes mencionado, para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía rural, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación acerca, de que es un **entorno laboral saludable,** es aquel donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.

⊏l Entorno Laboral Saludable se orienta a las actividades del hombre que le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

En esta zona rural la población objeto fue trabajadores informales de la economía informal, con la participación de **14** personas del sector comercio.

Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio fisico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Se orienta acerca, de los **Elementos de Protección Personal**, El Equipo de Protección Personal o EPP son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.

Aunque la población intervenida o en general se relaciona el EPP con la vida laboral, la realidad es que todos, alguna vez, hemos usado uno, por ejemplo, usar guantes cuando levantamos un recipiente caliente, o entre otras actividades.
En la intervención se resalta que existen diversos tipos de EPP para diferentes tipos de riesgos, no obstante, en general sirven para proteger la cabeza, oídos, cara, ojos, respiratoria, miembros superiores y miembros inferiores.

También se les dice que para tener un autocuidado en la ejecución de sus tareas diarias en su lugar de trabajo se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Utilizar los elementos de protección personal (EPP) adecuadamente.
- Cuidar los EPP.
- Cuidar sus manos, ejerciendo su actividad económica.

Después de toda la información en salud que se les ha brindado, se hace la dramatización lúdica, resentando un ejemplo real de que podría pasar sino tenemos un buen autocuidado laboral, y por no utilizar los EEP.

Luego se interactúa con los trabajadores informales, para que ellos de manera espontánea hagan una retroalimentación de como les pareció, y que les puede aportar en su actividad económica.
Se muestran muy receptivos a toda la información generada en la intervención, que se hace a través de la estrategia, y cuidado de salud en el trabajo, para mejor la calidad de vida de la población trabajadora informal y su economía.

Y por último se les ***"RECUERDA QUE NADA ES TAN IMPORTANTE, NI TAN URURGENTE QUE NO SE PUEDA HACER CON SEGURIDAD"***. Y se les hace entrega material lúdico (infografía)

Se da por terminada la intervención a las 10:50 am, con una asistencia de 14 personas.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1	Poner en práctica lo aprendido	Trabajadores informales	Inmediato

REGISTROS FOTOGRAFICOS





ANEXOS:	LISTA DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA:	**Firma:**	Ana Milena Fuentes	
	Nombre:	**ANA MILENA FUENTES AÑEZ** **REFERENTE SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD PIC**	
VALIDADOR(ES) DEL ACTA:	**NOMBRE**	**Número de cédula**	**Firma**
	Carlos Andrés Vanegas	**1.067.593.355**	Carlos Vanegas

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

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

HEAD HOSPITAL ESTADO UNIDENSE DEL CESAR E.S.E.

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

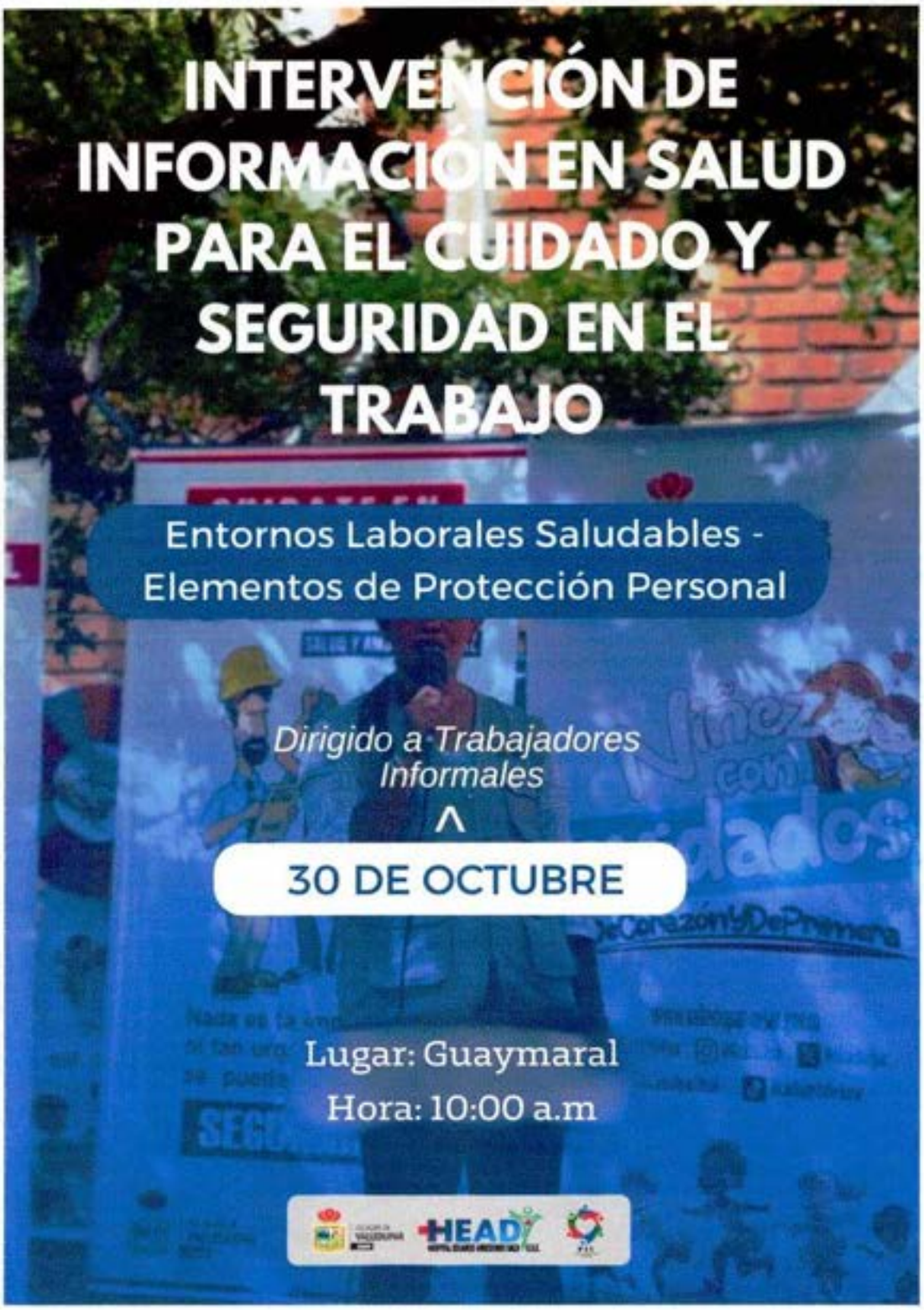
NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en salud.

RESPONSABLE: Salud y ambiente laboral HEAD-PIC FECHA: 30/oct/2024

LUGAR: Corregimiento Guayabal

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	Adelaido Martinez	49772997	2	5	1	1	1	3215350147	Comercio	Adelaido M.
2	Luis Enrique Jimenez	5740114	1	6	1	1	1	3206052990	Comercio	No firma.
3	Edvar Ibarra	15170758	1	5	1	1	1	3147536815	transporte	Edvard Ibarra
4	Carlos Andres Vanegas	1067593355	1	4	4	1	—	3113060804	Comercio	Carlos Vanegas
5	Milagros Quiñones	6172551	2	5	4	3	1	3126719490	comercio	Quiñones
6	Carlos Reballero	97020850	1	5	4	4	1	3126719490	comercio	Reballero
7	Ana Rosa Fonseca	49688369	2	5	4	4	1	3107308192	comercio	Ana Rosa
8	Jair E. NUÑEZ	1065838698	1	4	4	4	1	3002057341	comercio	JAIR. NUÑEZ
9	Katerine Guerra	1065582141	2	4	4	4	1	3145422871	Comercio	Katerine
10	Rosalia Pinto	57434473	2	5	4	4	1	3015247183	Comercio	Rosalia
11	Dario Bolaño	7525132	1	6	4	4	—	3018342271	comercio	Dario Bolaño
12	Yeris Fragozo	1065632462	2	4	4	4	1	3002718392	Comercio	Yeris Fragozo
13	Yulis Garcias	1006556159	2	5	4	4	1	3107014329	Comercio	Yulis Garcias
14	Roberto Espino	97024692	1	6	4	4	1	3107014329	comercio	Roberto Espino

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


INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Entornos Laborales Saludables - Elementos de Protección Personal
Dirigido a Trabajadores Informales
30 DE OCTUBRE
Lugar: Guaymaral
Hora: 10:00 a.m
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC										
LUGAR:	CORREGIMIENTO DE AGUAS BLANCAS			**FECHA:**	30 DE OCTUBRE DE 2024		**HORA INICIO:**	8:00 am			
							HORA FINAL:	9:00 am			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**		**INTERVENCIÒN**				
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO - AUTOCUIDADO Y EPP										
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**										
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMALES										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 8:00 am del 30 de Octubre del 2024 en el corregimiento de Aguas Blancas, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, Ana Milena Fuentes, Facnorys Leiva y Jesús David en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía rural del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una explicación de manera sencilla de que es el **autocuidado laboral**, que busca incentivar en las trabajadoras para que su entorno laboral sea seguro, óptimo para la ejecución de sus tareas diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de áreas de trabajo, creando así que los trabajadores estén menos propensos a sufrir accidentes o incidentes que les pueda causar una lesión o la muerte.

De igual manera se les explica brevemente, de cómo debemos incluir en nuestras vidas el auto cuidado laboral:

- No cometer actos inseguros en nuestra área de trabajo.
- Mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas.
- Tener buenos hábitos alimenticios.
- Mantener un buen estado físico y mental.

Se orienta acerca, de los **Elementos de Protección Personal**, El Equipo de Protección Personal o EPP son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.
Aunque la población intervenida o en general se relaciona el EPP con la vida laboral, la realidad es que todos, alguna vez, hemos usado uno, por ejemplo, usar guantes cuando levantamos un recipiente caliente, o entre otras actividades.
En la intervención se resalta que existen diversos tipos de EPP para diferentes tipos de riesgos, no obstante, en general sirven para proteger la cabeza, oídos, cara, ojos, respiratoria, miembros superiores y miembros inferiores.

También se les dice que para tener un autocuidado en la ejecución de sus tareas diarias en su lugar de trabajo se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Utilizar los elementos de protección personal (EPP) adecuadamente.
- Cuidar los EPP.
- Cuidar sus manos, ejerciendo su actividad económica.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD HOSPITAL ESTADIO HERNANDO DAZA E.S.E.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud para el cuidado y seguridad en el trabajo.

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral HEAD-PIC FECHA: 30/Oct/2024

LUGAR: Corregimiento Ayos Blancos.

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 26 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	Yeddis Leyva Arevalo	1121298877	2	5	1	1	1	3145473880	Comercio	Yeddys Leyva A.
2	Alfonso Montes	1106556996	1	5	1	1	1	3203690973	Comercio	No Firma
3	Jose Rafael Brochero	12723013	1	5	4	1	—	3015573701	Ganadería	No Firma.
4	CESAR LUIS ALTAMAR	7570175	1	5	1	1	1	3109716945 2	Comercio	Cesar Luis Altamar
5	Luis David Cera Carrillo	1084939632	1	4	4	4	1	3127410487	Comercio	[illegible]
6	Luis Alberto Romones	92533941	1	5	4	1	1	3113761871	Comercio.	[illegible]
7	Jorge Montes	1081915412	1	5	4	1	1	No Tiene	Ganadería.	No firma.
8	Geiner Emilio Giraldo	77028470	1	5	4	4	1	3107014725	Comercio	Geiner Giraldo
9	Arley Fonseca.	1065633900	2	5	4	4	1	3126242271	Comercio	Arley Fonseca
10	Luis Fonseca Ortiz	84083809	1	5	4	4	1	3013232627	Comercio	Luis Fonseca.
11	Isabel Ramos.	1121043763	2	5	4	4	1	3013232627	Comercio	Isabel Ramos.
12	Neiber Heredia Heredia	1065860641	1	5	4	4	1	3107015291	Comercio	Neiver M M
13	Francisco Macias	1065806670	1	5	4	4	1	3102714971	Comercio	Francisco Macias.
14	Jana Maria. Mejia	1193410208	2	4	4	4	—	3015622171	Comercio	[illegible]

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


INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Entornos Laborales Saludables - Elementos de Protección Personal
Dirigido a Trabajadores Informales
30 DE OCTUBRE
Hora: 8:00 am
Lugar: Aguas Blancas
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SALUD

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

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC										
LUGAR:	CORREGIMIENTO DE LOS VENADOS				**FECHA:**	24 DE OCTUBRE DE 2024		**HORA INICIO:**	9:00 am		
								HORA FINAL:	10:30 am		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**			**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**	**INTERVENCIÒN**					
TEMA:	INTERVENCIÒN EN INFORMACIÒN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – ENTORNO LABORAL SALUDABLE – PAUSAS ACTIVAS										
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**										
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMALES										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 9:00 am del 24 de Octubre del 2024, en el corregimiento de Los Venados, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes, Facnorys Leiva y Jesús David programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), acompañada por la señora Inés Bornachera, en representación de líder comunitario, del corregimiento antes mencionado, para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía rural, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación acerca, de que es un **entorno laboral saludable,** es aquel donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.

El Entorno Laboral Saludable se orienta a las actividades del hombre que le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

En esta zona rural la población objeto fue trabajadores informales de la economía informal, con la participación de 14 personas del sector comercio.

Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio fisico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

De igual forma, se les orienta con una explicación de manera sencilla de que son las **pausas activas,** es donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.
Se informa, que estas pausas activas o gimnasia laboral pueden hacerse de variadas técnicas en periodos cortos de tiempo, máximo 10 minutos, durante la jornada laboral, mañana y tarde, que ayudarán a recuperar energía, mejorar el desempeño y eficiencia en el trabajo, además de prevenir enfermedades causadas por posturas.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud.

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral Head - PIC

LUGAR: Corregimiento Los Venados

FECHA: 24/Oct/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 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	Yomaira barraza	39606299	2	5	4	4	1	3103363374	Comercio	Yomaira barraza
2	Yulesmy castro fuego20	49983393	2	5	1	1	1	3116563641	Comercio	Yulesmy Castro
3	Sandra toro	1030551177	2	5	1	4	1	3123930934	Comercio	
4	Yenifer Arias	1065615092	2	5	1	1	1	3126231667	comercio	Yenifer Arias
5	Emilia Amariz Brallo	9263562	1	6	1	1	1	3103575817	Ebanista	
6	Hilexi castilla F.	49760340	2	5	1	4	1	3205108812	Comercio	
7	Angel fidel pena	97028732	1	5	1	1	1	3145512863	Comercio	Angel fidel pena
8	Carlos Estelio Jimenez	7703421	1	5	1	1	1	3126637188	Comercio	
9	Mario Rangel finoco	85435692	1	5	4	4	1	3106369851	Comercio	
10	Viviana Medina	5152325	2	5	4	3	1	3116478177	Comercio	
11	Paylis castillo	1063958984	2	5	1	1	1	3137099308	comercio	PAYLIS C
12	Ines Bonachera	49762119	2	5	1	4	1	3209133217	Comercio	
13	Adalberto Villa Andrade	77.169.001	1	5	1	4	1	3103709365	Comercio	Adalberto Villa
14	Tiberio Manuel Lopez Cotes	77.174.232	1	6	4	4	1	3205654210	Comercio	

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


INTERVENCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Pausas Activas - Entornos Laborales Saludables
24 de Octubre
Hora: 9:00 a.m
Lugar: Corregimiento Los Venados
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH CUÍDATE EN TU TRABAJO! NO GLYPH



HEAD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024** **FORMATO DE ACTA**	ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

ÁREA:	SALUD Y ÁMBITO LABORAL HEAD - PIC										
LUGAR:	URBANIZACIÓN EL ROCÍO			**FECHA:**	17 DE OCTUBRE DE 2024		**HORA INICIO:**	9:00 am			
							HORA FINAL:	10:45 am			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADA**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**	X			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual: X**		**INTERVENCIÓN**				
TEMA:	INTERVENCIÓN EN INFORMACIÓN EN SALUD PARA EL CUIDADO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO – ENTORNO LABORAL SALUDABLE – ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)										
OBJETIVO:	**REALIZAR INTERVENCIÒN DE INFORMACION EN SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÒN TRABAJADORA INFORMAL DE LA ECONOMIA POPULAR.**										
POBLACIÓN OBJETIVO:	TRABAJADORES INFORMALES										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 9:00 am del 17 de Octubre del 2024, en la Urbanización El Rocio, llega el equipo de Salud y Ámbito Laboral del Eduardo Arredondo Daza, conformado por: Ana Milena Fuentes, Facnorys Leiva y Jesús David programa del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), acompañado por la señora Betty Ramírez, en representación de líder junta de acción comunal, del lugar antes mencionado, para dar cumplimiento a las acciones de Intervención en información en salud, para el cuidado y seguridad en el trabajo, bajo la estrategia "**CUIDATE EN EL TU TRABAJO**", en la cual inicia la intervención con una presentación de todo el equipo, mencionando que esta estrategia permite generar una cultura de promoción y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía urbana, del municipio de Valledupar.

La información en salud inicia con una orientación acerca, de que es un **entorno laboral saludable,** es aquel donde se eliminan los riesgos o donde se toman todas las medidas, prácticas razonables y factibles para reducir los riesgos a un nivel aceptable y donde se integra la prevención.

El Entorno Laboral Saludable se orienta a las actividades del hombre que le permite relacionarse con la naturaleza para generar un bien y un servicio, se caracteriza por ser saludable cuando los trabajadores no se ven afectados por su actividad laboral, no genere factores de riesgo y potencializan los factores protectores peligros y permita la intervención de factores de riesgo a su salud, el ambiente y su entorno, propendiendo el desarrollo humano y la calidad de vida en el trabajador, la familia y la comunidad.

Además, se mencionaron Ocho **(8) tips para un Entorno Laboral Saludable:**

- ✓ Armonizar tu espacio físico: tener el espacio de trabajo iluminado, accesorios ergonómicos. ergonómicos
- ✓ Promover una alimentación saludable: comer sano, verduras, frutas.
- ✓ Mejorar la comunicación con las personas que están en el entorno.
- ✓ Aprender a identificar riesgos y peligros.
- ✓ Realizar actividades de recreación y deporte
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Promover un ambiente laboral seguro saludable.

Se orienta acerca, de los **Elementos de Protección Personal**, El Equipo de Protección Personal o EPP son equipos, piezas o dispositivos que evitan que una persona tenga contacto directo con los peligros de ambientes riesgosos, los cuales pueden generar lesiones y enfermedades.
Aunque la población intervenida o en general se relaciona el EPP con la vida laboral, la realidad es que todos, alguna vez, hemos usado uno, por ejemplo, usar guantes cuando levantamos un recipiente caliente, o entre otras actividades.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD HOSPITAL ERASMO ARREDONDO ACOSTA E.S.E.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambito Laboral HEAD- PIC. FECHA: 17/Oct/2024

LUGAR: Urbanizacion El Dorado

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	Mari Balaguera Torres	63547129	2	5	4	4	1	3108103577	Comercio	Mary Balaguera.
2	Yorna Negrete Troya	1065582087	2	5	4	4	4	3045765170	comercio	yorna negrete
3	Francia Elena Hernandez	36.451.744	2	5	1	4	4	3122429967	comercio	Francia Elena
4	Deiber Carval	1005313.410	1	4	4	4	1	3122255663	comercio	Deiber Carval
5	Martha Flores Gomez	49.762.287	2	5	4	4	1	3045245487	Comercio	Martha
6	Maritza Perales Herrera	49.778.770	2	5	4	1	1	3235718609	Comercio	Maritza Perales
7	Weidys Padilla M.	1063.948.931	2	5	1	4	1	312 8340247	comercio	Weidys Padilla
8	Madeleine Daza	42.450.246	2	5	4	1	1	312 6073987	Comercio	Madeleine Daza
9	Aidee Serrano Niño	49.790.732	2	5	4	1	1	300 500 4612	Comercio	Aidee Serrano
10	Carmen H. Diaz Margarita	49790906	2	5	4	1	1	3165421736	Artesana	Carmen Diaz
11	Laura Marcela carrillo	1065841171	2	5	4	1	1	3145851958	Comercio	Laura Carrillo
12	Ana sanjuan casadiego	36450757	2	5	4	1	1	3122592692	comercio	Ana sanjuan
13	Andre Felipe maestre	1199705193	1	5	4	4	1	3028405256	Decorador	Andre
14	Lucy Izquierdo	49770533	2	5	4	1	1	3214408396	Comercio	Lucy

*(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"
.N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - 2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral HEAD-AC

LUGAR: Urbanización El Rocío

FECHA: 17/oct/2024

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 25 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 y más años 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 a. CUIDADOR PCD b. LACTANTE c. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Marta Luz Cordoba Mieles	51910401	2	5	4	1	1	3015483982	Manipuladora	Marta Cordoba
2	Olvalfa Navid Zambrano A	49760774	2	5	4	1	1	3162439979	comercio	Olvalfa Zambrano
3	Eli Daza guerra	49771593	2	5	2	1	1	3028644258	comercio	Eli Daza
4	Meredith Balaguer Gonzalez	49739474	2	5	4	4	1	3004415569	Comercio	Meredith
5	Clara Ines hidalgo Siolo	36055673	2	5	4	1	1	3114008847	comercio	Clara Hidalgo
6	Berledis Romo Guzman	49724250	2	5	4	1	1	3126133206	Domestico	Berledis
7	Ninfa anaya torres	32644662	2	5	4	1	1	3152159927	Comercio	Ninfa
8	Laura Viviana Yepez Parra	42481247	2	5	4	1	1	3219305282	comercio	
9	Alba Luz Gimenez Lopez	65765558	2	5	4	1	1	3126386524	Comercio	Alba Luz Jimenez
10	Elvia Paola Ospino Vargas	39462702	2	5	4	4	1	3043585959	comercio	Elvia Paola
11	Valentina Mutalliana Peleño	1193113474	2	4	4	4	1	3016030769	comercio	Valentina M.
12	Orlando Arias Gimenez	77021722	1	6	4	4	1	3015106000	Manufactura	Orlando Arias
13	Guerrero Calderon Vianey	37336812	2	5	4	1	1	3023404438	Comercio	Vianey G. C.
14	Yarleidys Perez Caballero	49556237	2	5	4	1	1	3244626905	Comercio	Yarleidys Perez C.

*(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"
.N DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ámbito Laboral - HEADD - PIC FECHA: 17/ Oct/2024

LUGAR: Urbanización el Edén

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	Orlando Jose Arias Mejia *	1065844749	1	4	1	4	-	3145193279	Manufactura	Orlando Jose A
2	Karis del carmen Muñoz Espinosa	49720377	2	5	4	4	1	3157827325	comercio	Karis Muñoz
3	Naiver Ariel Mendoza Perez	77034115	1	5	4	4	1	3206052504	comercio	Naiver Mendoz
4	Cecilia Esther Santamaria	32667425	2	6	4	1	1	3158200288	comercio	Cecilia Santamaria
5	Erika ahamada Villazon	49719834	2	5	2	4	1	3153949821	comercio	Erika Villazon
6	Diana valdez Mena	57032274	2	5	4	4	1	3116580422	comercio	Diana Valdez M
7	Davinson Narvaez Pineda *	77093256	1	5	4	4	1	3004200558	comercio	Davinson Narvaez
8	Hilda Maria Sandoval Rojas *	1065674232	2	6	4	4	1	3022936958	Reposteria	Hilda Sandoval
9	Nevys del Carmen Palomino *	49352819	2	5	4	1	1	3204877736	Comercio	Nevis Palomino
10	Fleire Sandoval Mariana *	1065681661	2	5	4	4	1	3026251418	Reposteria	Mariana Fleire
11	Alexis Pinto Cantillo	56085229	2	5	4	4	1	3176793512	Comercio	Alexis Pinto
12	Nelly Ester Oñate Cumargo	56053503	2	5	4	4	-	3215716864	Comercio	Nelly Oñate
13	Freddy Daniel Rios Ortiz *	1061649701	1	4	4	4	1	3225643690	Comercio	Freddy Rios
14	Mavinilla Vina Montero	52382298	2	5	4	1	1	3135876161	Comercio	Mavinilla Vina

*(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"
IN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en información en Salud. Salud y ámbito laboral HEAD - PIC.

RESPONSABLE:

LUGAR: Urbanización El Rocío. FECHA: 17/Oct/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	Maritza Pinzon Cardenas	49784951	2	5	4	1	1	3103534133	Comercio	Maritza
2	Alfredo Arias	77.173.798	1	5	4	1	1	312 612 7746	Comercio	
3	Dolys Carrillo Rodriguez	49.789.788	2	5	2	—	1	3006548962	Artesana	Dolver
4	Albenis Garrido Acosta	36.346.170	2	5	4	1	1	3116101652	Comercio	Albenis G.
5	Erika P. Rodriguez M.	57.290.943	2	5	4	1	1	3135134380	comercio	Erika Rodriguez
6	Mildred Padilla De Avila	49.781.078	2	5	4	1	1	3175159970	comercio	Mildred Padilla
7	Bergaldis Padilla De Avila	49.724.586	2	5	4	1	4	3126568667	Comercio	Bergaldis Padilla.
8	Nelida Esther Guerra H.	49761444	2	5	4	1	1	3126353622	Comercio	Nelida Guerra
9	Emilce Vasquez Berdugo	57423720	2	5	4	1	1	3017890930	Comercio	Emille Vasquez
10	Leidy Rodriguez Mendoza	1065652286	2	5	4	4	—	3028348314	Comercio	Leidys Rodriguez
11	Lucero Mendoza Perez	49776.914	2	5	4	4	4	3044822536	comercio	Lucero Mendoza Perez
12	Yasiris Barrios Ortiz	49778165	2	5	4	4	1	3004168216	comercio	Yasiris Barrios
13	Nayibis Del Carmen Charris	49.595.727	2	5	4	1	1	3103578245	Comercio.	Nayibis Charris
14	Ena Hilda Caldera V.	1065.125.518	2	5	4	4	4	3207345776	comercio	Ena Caldera

*(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 2024 - 27

"SECRETARIA 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?: Intervención-Caracterización

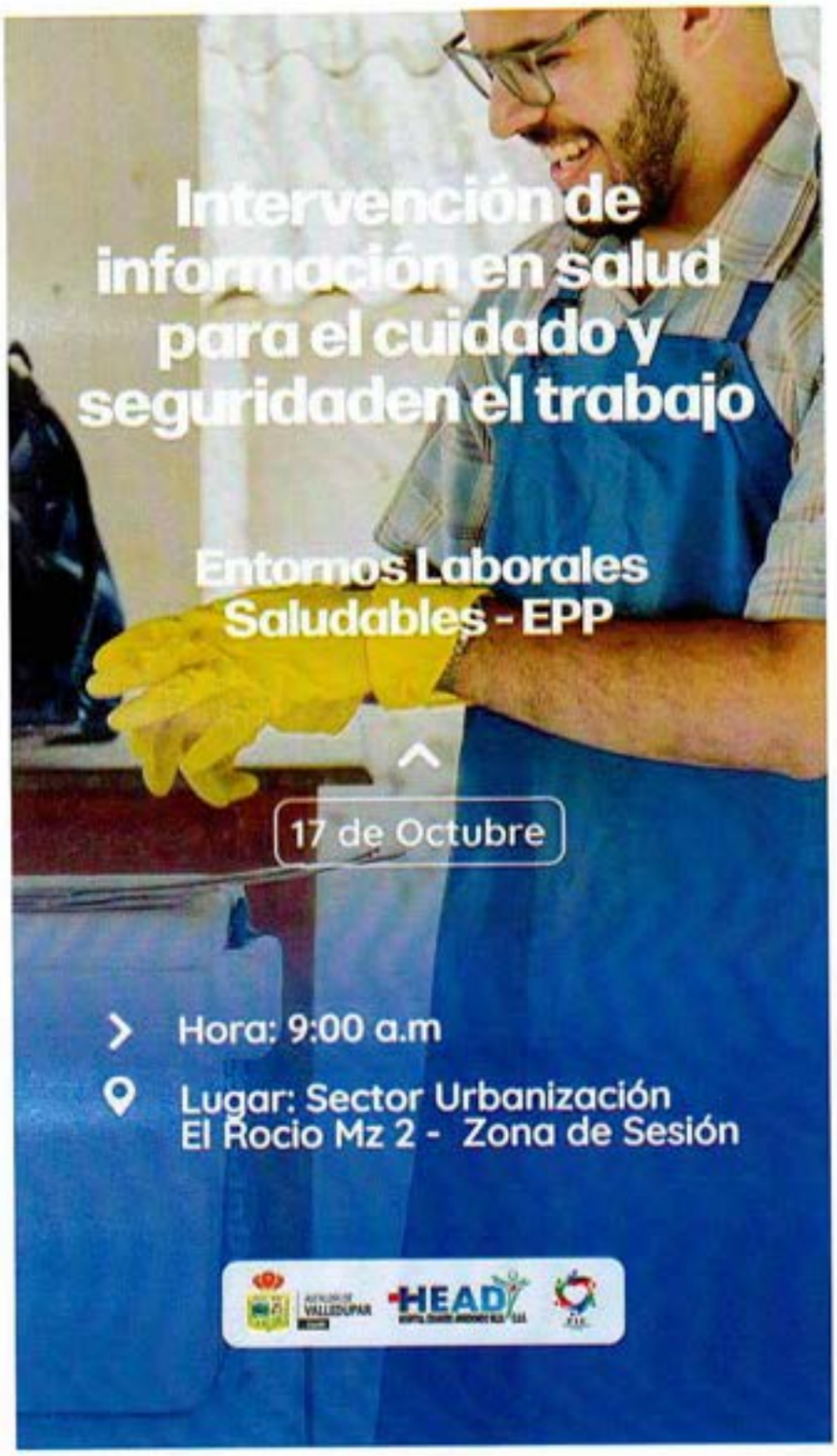
NOMBRE DEL EVENTO: Intervención en Información en Salud

RESPONSABLE: Salud y ambiente Laboral Hedo-PIC FECHA: 17/oct/2024

LUGAR: Urbanización El Rocío

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	Huedad Ospina Herera	997 38761	2	5	4	4	1	3044344216	Comercio	Huedad Ospina
2	Yulibeth Carolina Molina	1030521409	2	5	4	1	1	300 3418974	comercio	Yulibeth Molina
3	María Olivera Montaño	37686013	2	5	2	1	—	302 513 4685	Comercio	María Olivera
4	Candelaria de Avila Martinez	36451148	2	5	4	1	1	301 337 5322	comercio	Candelaria
5	Virginia María Franco Zamora	49778722	2	5	4	1	1	301 341 2209	Comercio	Virginia
6	Yoraima Duarte Ucome	39464154	2	5	4	1	4	322 239 3727	comercio	Yoraima Duarte
7	Maryulis Lopez Viña	1030613335	2	5	4	1	—	313 599 5166	Comercio	Maryulis Lopez
8	Claudia Marcela Rivera	1065816810	2	5	4	4	—	304 457 462	Artesana	Claudia
9	Yuly Maibel Garcia Rios	1065 565.159	2	5	4	1	1	3162412602	Comercio	Yuly Garcia Rios
10	Yadys María Ribon Ramírez	30874559	2	5	4	1	1	3107340060	Comercio	Yadys M Ribon
11	Belkis Peño Alfonso	1065.607130	2	4	4	1	1	3016489612	Comercio	Belkis Peña
12	Alexandra Perea Martinez	1065.574.558	2	4	4	4	1	322 277 5396	Comercio	Alexandra Perea
13										
14										

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


Intervención de información en salud para el cuidado y seguridaden el trabajo
Entornos Laborales Saludables - EPP
17 de Octubre
Hora: 9:00 a.m
Lugar: Sector Urbanización El Rocio Mz 2 - Zona de Sesión
HEAD

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

POR SU SALUD Y LA DE SU FAMILIA
USE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN CORRECTO



El Autocuidado

El autocuidado laboral es un conjunto de pensamientos que se incentivan en los trabajadores para que su entorno laboral sea seguro, optimo para la ejecución de sus tarea diarias, tales como la prevención de factores de riesgo, orden y aseo de las áreas de trabajo etc.

Equipos de Protección Personal (EPP)



ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD

PIC

NO GLYPH **CUÍDATE EN TU TRABAJO!** NO GLYPH



SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 19/09/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:10 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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: 49609904
11. Fecha de nacimiento: 19/06/1972 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Daza
13. Segundo apellido: Jaimes
14. Primer nombre: Maira
15. Segundo nombre: Liceth
16. Dirección residencia: Mz 53 casa 13
16.1 Barrio: 450
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: 3106719884
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 [X]
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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 04
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población perteneco? 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: Mz 53 casa 13
31.1 Barrio: 450 años
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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 11 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? Cajacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 50 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 173 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 novivas 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)		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.)	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		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) [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 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 [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 [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: 0810

Nombre del Encuestado: MAYRA LICETH DAGA 49609904

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. — Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 11 01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 01 (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 [ ] 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 [ ] 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: 49778170 11. Fecha de nacimiento: 10 15 08 80 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Perales 13. Segundo apellido: Meneces 14. Primer nombre: Mantza 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 10 Cas 18
16.1 Barrio: Erisin 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: 3235711866
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 [X]
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 qulén 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 [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 [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: Mz 10 Cas 4 18
31.1 Barrio: Erisin 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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 34 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? 11
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? 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 ? 58 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 159 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 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][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 [X] 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. (Posar 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 [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)		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.)	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		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) [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 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 [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 [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: 10:14

Nombre del Encuestado: Maritza Perales 49778170

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023/04/18 (A A A A M M D D)
2. Hora de inicio: 08:20 (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: 1067959686

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: 49697098
11. Fecha de nacimiento: 1969/01/15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Londoño
13. Segundo apellido: MZ 61 Casa 20
14. Primer nombre: Nuris
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: 450 Vda [illegible]
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: 3215858494 39
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: 05
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? Wiuu
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: MZ 61 Casa 20
31.1 Barrio: 450 Vda
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [V] 34.2 Acueducto [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 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 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? 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 ? 78 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 159 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 laceracl{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, medula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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)		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.)	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		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) [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 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 [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 [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: 0 6 3 0

Nombre del Encuestado: Yoris Rondon 49692098

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023/10/18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:23 (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: 1067595685

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 [ ] 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: 37586043
11. Fecha de nacimiento: 1991/07/17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Olivera
13. Segundo apellido: Montaño
14. Primer nombre: Maria
15. Segundo nombre: del Carmen
16. Dirección residencia: Mz 1 Casa 3
16.1 Barrio: Rocio
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: 3027953468
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: 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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [X] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [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: Mz 1 Casa 3
31.1 Barrio: Rocio
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 [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 01 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salud Total
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 ? 90 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar progunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 [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)	
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.)	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		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) [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 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 [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 [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: 10:26

Nombre del Encuestado: Maria Olivera 37686043

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 17 (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 [ ] 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 [ ] 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 1065849705
11. Fecha de nacimiento 1999 03 13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rios
13. Segundo apellido Ortiz
14. Primer nombre fredy
15. Segundo nombre daniel
16. Dirección residencia Mz 4 casa 32
16.1 Barrio Rocio
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 3175647690
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 [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 14
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? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 05
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) [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 Mz 4 Casa 36
31.1 Barrio Rocio
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
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 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 [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? 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 ? 76 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 179 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 novivas 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.)	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)	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. 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: 10:10

Nombre del Encuestado: Freddy Rios 1065 849 705

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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: 2021/01/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0853 (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 FF513

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 57910401 11. Fecha de nacimiento 1961/11/15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Cordoba 13. Segundo apellido Nieves 14. Primer nombre Mavonica 15. Segundo nombre Luz
16. Dirección residencia Mz 2 casa 21
16.1 Barrio El Rocio 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 3054183982
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [X] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 12
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con qulén 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? 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 [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 2 Casa 21
31.1 Barrio El Rocio 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 04
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 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? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [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 ? 70 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 178 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 ☑

65. 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 ☑ (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.		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: 8:59

Nombre del Encuestado: Martha Sua Cordoba

CC: 51910401

Firma del Encuestador: Fanny Jagua O.

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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 01 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:29 (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 [ ] 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 49761444
11. Fecha de nacimiento 19 80 06 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Guerra
13. Segundo apellido Hernandez
14. Primer nombre Nelida
15. Segundo nombre Esther
16. Dirección residencia Mz 21 casa 29
16.1 Barrio Populandia
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 3126353622
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 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: 02
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 cónyugue [X] 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 [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [X] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 21 casa 29
31.1 Barrio Populandia
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 04
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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 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 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? 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 ? 90 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 155 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 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.		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: 0355

Nombre del Encuestado: Nelida Guerra

CC: 49761444

Firma del Encuestador: Fanconys Leyva.

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

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: 1 0 | 0 4 | 1 0 | 1 8 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1 2 | 1 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067599168

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 65765558
11. Fecha de nacimiento 1 9 7 5 | 1 0 | 1 4 | 2 2 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Jimenez
13. Segundo apellido Lopez
14. Primer nombre Alba
15. Segundo nombre Luz
16. Dirección residencia Mz 2 Casa 29
16.1 Barrio Rocio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3 1 2 6 3 8 6 3 2 4
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 1 1
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 2
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [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 [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 2 Casa 29
31.1 Barrio Rocio
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 1 2 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

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

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [ ] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 [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)		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.)	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		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)	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. 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: 11:13

Nombre del Encuestado: Alba Luz Jimenez 65765558

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 17 (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: 1067592686

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: 36995472
11. Fecha de nacimiento: 1977 06 30 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Boneth
13. Segundo apellido: Rodriguez
14. Primer nombre: Roaris
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 5 casa 10
16.1 Barrio: Loco
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: 3116791878
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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con qulén 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 [X] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [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: Mz 5 casa 10
31.1 Barrio: Loco
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 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? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado?
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 ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, 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 [X] 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 [X]

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 novivas 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)		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.)	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		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) [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		87.7.1 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 [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 [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: 10:50

Nombre del Encuestado: Yenis Bueno Rodriguez 36495472.

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 2 4 1 0 1 6 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1 1 2 0 4 (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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 1 4 6 0 3 1 9 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 32.600662
12. Primer apellido: Anaya 13. Segundo apellido: Torres 14. Primer nombre: Ninfa 15. Segundo nombre: Farides
16. Dirección residencia: Mz 2 casa 17
16.1 Barrio: Rocio 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3 1 5 2 1 5 9 9 2 7
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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 0 5
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 1 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 0
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [Y] 26.8.1 ¿Cuál? Mingo
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 [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 2 Casa 17
31.1 Barrio: Rocio 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 1 5 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 1 2
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 ? 6 5 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 6 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o 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 [X] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 71.15.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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)		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.)	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		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: 12:09

Nombre del Encuestado: Linda Anaya 32.644.662

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023 01 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 15:18 (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: 1066759686

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 [ ] 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: 49753819
11. Fecha de nacimiento: 1976 10 19 03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Palomino 13. Segundo apellido: Cima 14. Primer nombre: Neyys 15. Segundo nombre: del Carmen
16. Dirección residencia: Mz 2 Casa 2
16.1 Barrio: Rocio 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: 3209877713
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: 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 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? 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: Mz 2 Casa 2
31.1 Barrio: Rocio 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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [X] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [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 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? 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? 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 ? 90 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. ¿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 [X] 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 [X]

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunto 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 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 tablo)

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 novivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI [ ] 74.2 NO [ ] (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital [ ] 77.2 Puesto de salud [ ] 77.3 Farmacia [ ] 77.4 Consultorio particular [ ] 77.5 Curandero [ ]

77.6 Usted mismo o la familia [ ] 77.7 Ninguno [ ] 77.8 Otro [ ] 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? [ ][ ][ ] días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales [ ] 79.2 El trabajador o la familia [ ] 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud [ ]

79.4 Otro [ ] 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI [ ] 80.2 NO [X] 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de 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)		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.)	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, raciofrecuencia, 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 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		87.7.1 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 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: 17:01

Nombre del Encuestado: Nevis Palomino 49752819

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 11 01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 35 (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: 1067591686

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 [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19 63 04 28 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 12559 106

12. Primer apellido: Rio 13. Segundo apellido: Diaz 14. Primer nombre: freddy 15. Segundo nombre: Daniel

16. Dirección residencia: Mz 4 casa 32
16.1 Barrio: El Rocio 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: 3008394420
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]

20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: [ ][ ]

22. ¿Es usted 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? 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 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: Mz 4 Casa 32
31.1 Barrio: El Rocio 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 09 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 [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? Mutual Ser
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 ? 174 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ][ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ][ ][ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ][ ][ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [ ] 62.4 Regular [X] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 novivas 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?

30. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

30.1 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)	
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.)	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		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	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? (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		87.7.1 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 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: 9:35

Nombre del Encuestado:

CC: 300 12559 108

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019/01/18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:06 (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: valle dupar (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 49773367 11. Fecha de nacimiento 19/7/6/7/06 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Ramirez 13. Segundo apellido Borja 14. Primer nombre Bettys 15. Segundo nombre Milena
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Rocio 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 3016397801013
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 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 [ ] 23.3 Con otros [X]
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 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolitica [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 Mz 1 Casa 38
31.1 Barrio Rocio 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?
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 trabajo es menor a 1 año, escriba 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? 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? 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 ? 92 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 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 [X] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 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 [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)		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)	X
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 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: 0 8 : 0 4

Nombre del Encuestado: Betty Ramirez 49773367

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 01 08 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 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: 1067595686

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: 1124003215
11. Fecha de nacimiento: 1985 09 04 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Freire
13. Segundo apellido: Sandoval
14. Primer nombre: Adriana
15. Segundo nombre: Chi Quiquira
16. Dirección residencia: Mz 19 35
16.1 Barrio: 450 años
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: 3007681027
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: 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? 04
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 03 dep
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: Mz 19 Casa 35
31.1 Barrio: 450 años
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 01 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionario [X] 37.3 Semiestacionario [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? familia colombia
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 ? 13 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 164 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [ ] 62.4 Regular [X] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 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 [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)		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.)	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		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 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: 08:20

Nombre del Encuestado: Adriana Fleire M. 24003215

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

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 01 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 06 (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 [ ] 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: 49390732
11. Fecha de nacimiento: 1969 09 19 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Serrano
13. Segundo apellido: NIÑO
14. Primer nombre: Aide
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 3 Casa 19
16.1 Barrio: Loco
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: 3005004612
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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? 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 [X] 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 [X] 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 [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: Mz 3 casa 19
31.1 Barrio: El Rocío
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: 04
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 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 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 [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? 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 ? 97 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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? 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 ☐ (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.)	
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. 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: 10:17

Nombre del Encuestado: Aidee Serrano niño

CC: 49790732

Firma del Encuestador: [signature]

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 11 07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 13 (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: 49717573

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 1193105199 11. Fecha de nacimiento 2001 07 11 28 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Maestre 13. Segundo apellido Daza 14. Primer nombre Andres 15. Segundo nombre Felipe
16. Dirección residencia Mz 4 Casa 22
16.1 Barrio El Rocio 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 3046478387
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 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 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 [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [X] 29.12.1 ¿Cuál? Decorador
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 Mz 4 Casa 22
31.1 Barrio El Rocio 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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 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? 08
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. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Dusakawi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [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 ? 155 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 [X]4 5 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) [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? 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 ☐ (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 costós 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		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	X
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 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		87.7.1 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 [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 [X] 90.3. Rutas de evacuación [ ] 90.4. Salidas de emergencia [X]

90.5. Ninguna.

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

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina) 92.1. SI [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: 10:10

Nombre del Encuestado: Andre Felipe maestre

CC: 1193105819

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

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 01 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:25 (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: 1065605230
11. Fecha de nacimiento: 19 81 12 11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Peña
13. Segundo apellido: Altamar
14. Primer nombre: Belky
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: M7 69 Casa 29
16.1 Barrio: 450 Años 2
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: 3016489611
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: 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? 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 [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) [X] 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? Fonzo 50

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: M7 69 Casa 29
31.1 Barrio: 450 Años 2
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 04 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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? 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 ? 78 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 B 3 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 faceraci{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? -11

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.		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: 10:30

Nombre del Encuestado: Belkis Peña A

CC: 1065-605-230

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

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 04 01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:31 (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: 49770533
11. Fecha de nacimiento: 19670131 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Zegueira
13. Segundo apellido: Ramirez
14. Primer nombre: Lucila
15. Segundo nombre: Ramona
16. Dirección residencia: Mz 53 Casa 20
16.1 Barrio: 450 Años
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: 3214901839
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 [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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 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 [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 [X] 28.4.1 ¿Cuál? Fonz

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. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 53 Casa 20
31.1 Barrio: 450 Años
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 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 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? Caja Cop
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 ? 72 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 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 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)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 10:36

Nombre del Encuestado: Julio Zequera

CC: 79770533

Firma del Encuestador: Francisco Zequera

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 37 (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: 49771513

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: 57473120
11. Fecha de nacimiento: 1970 03 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Vásquez
13. Segundo apellido: Peroso
14. Primer nombre: Emilce
15. Segundo nombre: Judith
16. Dirección residencia: Mz 6 casa 1
16.1 Barrio: El Rocío
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: 3017890930
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [X] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 06
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? 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 [X] 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 [X] 28.4.1 ¿Cuál? Fonseca.

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: Mz 6 casa 1
31.1 Barrio: El Rocío
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: 04
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 [X]
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 00 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? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [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? Mutual Ser
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 69 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 práctica? 00 horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o qué ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o 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 [ ] 84.4 Muy inseguro [X]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 10:47

Nombre del Encuestado: Emilce Vasquez

CC: 57423120

Firma del Encuestador: Francony Leyva

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. *SERVICIO CON CALIDAD HUMANA*

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 07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:50 (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: 4471513

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: 42450246
11. Fecha de nacimiento: 1972 06 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Daza
13. Segundo apellido: Guerra
14. Primer nombre: Madelenne
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 53 - Casa 22
16.1 Barrio: 450 Años
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: 3122607318
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 [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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? 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 [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: Mz 53 Casa 22
31.1 Barrio: 450 Años
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: 04
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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 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? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Asmesalud
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 ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 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? 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 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 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)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,Infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 10:55

Nombre del Encuestado: Yo determe Daza

CC: 42450246

Firma del Encuestador: [signature]

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. — Servicio con calidad humana

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 01 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:56 (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: 49774593
11. Fecha de nacimiento: 19681017 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Daza
13. Segundo apellido: Guerra
14. Primer nombre: ERLI
15. Segundo nombre: Brixi Hy
16. Dirección residencia: Mz 4 casa 22
16.1 Barrio: El Dorado 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: 3028469758
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 incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 09
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con qulén 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? 06
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 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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 4 casa 22
31.1 Barrio: El Dorado 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 [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 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 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 [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 53 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo práctica? 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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.		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. 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: 11:07

Nombre del Encuestado: ERLI DOZA

CC: 49774593

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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: 2022/11/07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:05 (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: 49784951
11. Fecha de nacimiento: 1978/02/16 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Pinzon
13. Segundo apellido: Cardenas
14. Primer nombre: Maritza
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: MZ 4 Ca 16
16.1 Barrio: Rocio
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: 3105314133
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 [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 07
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [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? 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 [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 [X] 28.4.1 ¿Cuál? Forzado

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: MZ 4 Casa 16
31.1 Barrio: El Rocio
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 [ ] 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 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? 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. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva Eps
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 75 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 153 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? 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 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)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 11:12

Nombre del Encuestado: Maritza Pinzón

CC: 49784951

Firma del Encuestador: Fanchory 3 leyva.

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 11 07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11 13 (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: 1065574558
11. Fecha de nacimiento: 19980917 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Perea
13. Segundo apellido: Martinez
14. Primer nombre: Alexandra
15. Segundo nombre: Milena
16. Dirección residencia: MZ 7 casa 9
16.1 Barrio: Rocio
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: 3217775396
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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? 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 [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 [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: MZ 7 casa 7
31.1 Barrio: El rocio
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 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 7 [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? 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 ? 60 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? 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? 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 ☐ (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.		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: 1127

Nombre del Encuestado: Alexandra Perea Martinez

CC: 1065574558

Firma del Encuestador: FRANCNOLYS LEQUA

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 11 01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08 12 (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: 49778771
11. Fecha de nacimiento: 1979 10 08 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Franco
13. Segundo apellido: Samora
14. Primer nombre: Virginia
15. Segundo nombre: Maria
16. Dirección residencia: Mz 5 Casa 1
16.1 Barrio: Rocio
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: 3013412204
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 [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 cónyugue [ ] 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 [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 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: Mz 5 Casa 1
31.1 Barrio: Rocio
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 [x] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [x] 34.2 Acueducto [x] 34.3 Alcantarillado [x] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 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 [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 ? 73 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 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 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	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	✓	85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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 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: 8:17

Nombre del Encuestado: [signature] 49778-777

CC:

Firma del Encuestador: [signature]

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:07 (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: 49595127
11. Fecha de nacimiento: 1974 01 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Chavez
13. Segundo apellido: Fernandez
14. Primer nombre: Nayivi
15. Segundo nombre: Del Carmen
16. Dirección residencia: Mz 35 casa 1
16.1 Barrio: 450 años
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: 3170823109
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 [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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cual 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? Subversion

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 [X] 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: Mz 35 casa 1
31.1 Barrio: 450 Años
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 [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 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 [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [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 ? 70 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 155 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 práctica? 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 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.		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		87.7.1 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 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: 8:11

Nombre del Encuestado: Nelvis 49595177

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/11/01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0918 (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: 39462702
11. Fecha de nacimiento: 1 9 8 4 0 8 7 1 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Orozco
13. Segundo apellido: Vargas
14. Primer nombre: Elvia
15. Segundo nombre: Paola
16. Dirección residencia: Mz 5 Casa 4
16.1 Barrio: Rocio
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: 3107017437
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:
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? 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 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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 5 Casa 4
31.1 Barrio: Rocio
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 [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 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 trabaja al día? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Salucoo
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 ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [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? [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 progunta 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.		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: 9:27

Nombre del Encuestado: Luz Dalia Orozco V. 39462702 Vm

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/11/01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:23 (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: 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: 1065652286
11. Fecha de nacimiento: 1983/01/15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Rodriguez
13. Segundo apellido: Mendoza
14. Primer nombre: Leidys
15. Segundo nombre: Janet
16. Dirección residencia: CRV 36 B11 #18 B 1 - 16 AP 101
16.1 Barrio: 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: 3028548314
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:
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 cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
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: Mz 5
31.1 Barrio: Rocio
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 [ ] 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 07 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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? Salud total
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 ? 58 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.63 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES	
85.7.1 Sismo	
85.7.2 Terremoto	
85.7.3 Vendaval	
85.7.4 Inundación	
85.7.5 Derrumbe	
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 0747

Nombre del Encuestado: Leidys Jhanette

CC: 1065.652286

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

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 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:34 (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: 77021722
11. Fecha de nacimiento: 19/04/11/15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Arial
13. Segundo apellido: Jimenez
14. Primer nombre: Orlando
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Mz 2 Casa 11
16.1 Barrio: El Rocio
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: 3115141312179
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [x] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [x] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [x] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [x] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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? 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 [x] 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 [x] 28.4.1 ¿Cuál? Forz.

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. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 2 casa 11
31.1 Barrio: El Rocio
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 [x] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [x] 34.2 Acueducto [x] 34.3 Alcantarillado [x] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 40 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 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 ? 79 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 174 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [x] 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? 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) [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? 10 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)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 9:37

Nombre del Encuestado: Orlando Arias Gomez

CC: 77021722

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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 07 01 17 (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: 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 1065844349
11. Fecha de nacimiento 1 0 0 7 0 9 9 7 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Avila
13. Segundo apellido Mejia
14. Primer nombre Orlando
15. Segundo nombre Jose
16. Dirección residencia Mz 3 casa 11
16.1 Barrio El Rocio
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 3145143279
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: [ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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 [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) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Mz 3 casa 11
31.1 Barrio El Rocio
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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 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? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 71 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 177 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 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? 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) [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 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.)	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	✓	85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras	✓
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 10:45

Nombre del Encuestado: Ovaldo José Arias

CC: 1065841749

Firma del Encuestador: Francisco Reyes

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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 04 07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 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: 49717515

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 1065841171
11. Fecha de nacimiento 1993 05 19 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Carrillo
13. Segundo apellido Diaz
14. Primer nombre Laura
15. Segundo nombre Marcela
16. Dirección residencia Mz 2 Casa 30 Apt 1
16.1 Barrio Rocio
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 3145951958
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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 [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 03
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [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 sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [X] 28.4.1 ¿Cuál? Farc

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 Mz 2 casa 3a Apt 01
31.1 Barrio El Rocio
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 [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 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 [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] 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? 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 ? 60 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 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 práctica? 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) [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? 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? 2 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 ☑ (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.		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				87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.5 Contra calor y llamas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.6 Soldeo y técnicas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

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

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

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

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

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 9:57

Nombre del Encuestado: Laura Marcela Carrillo

CC: 1065841171

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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) 11 (M M) 01 (D D) 2. Hora de inicio: 09 (H H) 52 (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 49790906
11. Fecha de nacimiento 1979 (A A A A) 07 (M M) 15 (D D)
12. Primer apellido Diaz
13. Segundo apellido Manjarres
14. Primer nombre Carmen
15. Segundo nombre Mercedez
16. Dirección residencia MZ 2 Casa 30
16.1 Barrio El Rocio
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 3165492736
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 [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 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) [x] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [x] 28.4.1 ¿Cuál? Forzo

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 [x] 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 MZ 2 Casa 30
31.1 Barrio El Rocio
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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 30 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 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [x] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 63 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [x] 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? 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) [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 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 novivas 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.		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				87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.5 Contra calor y llamas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.6 Soldeo y técnicas	
				87.7.6 Mosquetones		87.8.7 Contra riesgos de quedar atrapados por las piezas de máquinas en movimiento	
						87.8.8 Delantal plástico	

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

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

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

90.1. Extintor ☐ 90.2. Botiquín de primeros auxilios ☑ 90.3. Rutas de evacuación ☑ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna.

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 9:57

Nombre del Encuestado: Carmen M. Diaz

CC: 49990906

Firma del Encuestador: Carmen Leyva

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

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: 26/04/2024 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:58 (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: 49717573

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 1709256
11. Fecha de nacimiento 19840102 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Narvaez
13. Segundo apellido Pineda
14. Primer nombre Damson
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Mz 9 Casa 1 Apto 201
16.1 Barrio Casimiro
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 3004700351
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [X] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 14
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? 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 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 Cra 36 #N 18 A
31.1 Barrio La Victoria
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 04
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 [ ] 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 04 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 07
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? 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 ? 75 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 171 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 4:05

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 77093256

Firma del Encuestador: [signature]

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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: 2024/01/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:18 (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: 49747513

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: 1065681661
11. Fecha de nacimiento: 1981/11/11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mariana 13. Segundo apellido: Chiquinquira 14. Primer nombre: Flor 15. Segundo nombre: Sandoval
16. Dirección residencia: Mz 61 casa 1
16.1 Barrio: 450 Años 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: 3017625141 18
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [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: 09
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? 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 [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [X] 29.12.1 ¿Cuál? Repostera
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: Mz 61 Casa 1
31.1 Barrio: 450 Años 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: 04
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 [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 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? 05
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 167 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 ☑

65. 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 ☑ (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	
35.1.1 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)	
35.1.2. 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)	
35.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
35.1.4. 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.)	✓
35.1.5. 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)	
35.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
35.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES	
85.7.1 Sismo	
85.7.2 Terremoto	
85.7.3 Vendaval	
85.7.4 Inundación	
85.7.5 Derrumbe	
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.	✓	87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 9:33

Nombre del Encuestado: Mariana Fleire

CC: 1065681661

Firma del Encuestador: Fanny Leyva

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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: 2024/01/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:27 (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: 49724250
11. Fecha de nacimiento: 1993/10/30 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Romo
13. Segundo apellido: Guzman
14. Primer nombre: Berledis
15. Segundo nombre: Yaneth
16. Dirección residencia: Mz 3 Casa 9
16.1 Barrio: Rocio
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: 3126131340 16
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 incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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 [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 [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [X] 29.12.1 ¿Cuál? Domestico
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: Mz 2 casa 1
31.1 Barrio: Rocio
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? Empleada
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 [ ] 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 09 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 [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? 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 ? 159 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? [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 [ ] (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.		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		87.7.1 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 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: 9:27

Nombre del Encuestado: BERledis Romo

CC: 49774250

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

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 [2]

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0916 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [1] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 49717173

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [1] 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 [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [1] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 10. Número de documento 1065674292 11. Fecha de nacimiento 19631029 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Sandoval 13. Segundo apellido Rojas 14. Primer nombre Hilda 15. Segundo nombre Maria
16. Dirección residencia Mz 18 Casa 13
16.1 Barrio 450 Años 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 3017293695 18
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [1] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [1] 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: 07
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [1] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [1] 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 [1] 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) [1]
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 [1] 29.12.1 ¿Cuál? Repostero
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 Mz 18 Casa 13
31.1 Barrio 450 Años 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 10
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [1] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [1] 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 [1] 34.2 Acueducto [1] 34.3 Alcantarillado [1] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [1] 34.6 Gas [1]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [1] 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 01 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [1] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [1] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [1] 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 [1] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [1] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [1]
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 [1] 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 ? 67 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [1] 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? 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) [1]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [1] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [1] 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 FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES	
85.7.1 Sismo	
85.7.2 Terremoto	
85.7.3 Vendaval	
85.7.4 Inundación	
85.7.5 Derrumbe	
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	✓
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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		87.7.1 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 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: 9:21

Nombre del Encuestado: Gilda maria Saavedra roja

CC: 1065874292

Firma del Encuestador: Fanimap Tequa Ordoñez

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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 01 17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:09 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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 49739474
11. Fecha de nacimiento 16 07 03 07 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bolaños
13. Segundo apellido Gonzalez
14. Primer nombre Meredith
15. Segundo nombre del Rosario
16. Dirección residencia Mz 10 Casa 2
16.1 Barrio Rafael Urdaneta
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 3004155669
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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 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 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 Mz 2 Cancha
31.1 Barrio El Rocio
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 04
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 [ ] 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 09 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? 07
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 [ ] 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?
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? Asme Salud

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 72 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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? [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 [✓] (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.		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		87.7.1 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 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 1 5

Nombre del Encuestado: Meredith Bolaños Gonzalez

CC: 49739474

Firma del Encuestador: fonoaudiologa

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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) 10 (D D) 17 — 2. Hora de inicio: 08 (H H) 59 (M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 9971713

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: 30874554 — 11. Fecha de nacimiento: 1974 (A A A A) 09 (M M) 27 (D D)
12. Primer apellido: Ribon — 13. Segundo apellido: Ramirez — 14. Primer nombre: Ladys — 15. Segundo nombre: Maria
16. Dirección residencia: Mz 2 Casa 9
16.1 Barrio: Rocio — 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: 3107340060
17.2 Teléfono vecino — 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] — 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [X] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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? 04
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 07
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) [X] 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? Fuerza

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. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Mz 2 Casa 2
31.1 Barrio: Rocio — 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: 04
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 [X] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 09 — 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 [X] 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 55 kilogramos — 49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 — 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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.		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: 9:45

Nombre del Encuestado: LADYS M RIBÓN RAMIREZ

CC: 30874559

Firma del Encuestador: Fanconup lequa

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con Calidad Humana

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: 2024/01/17 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 08:46 (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: 49763513

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: 49769788
11. Fecha de nacimiento: 1973/04/07 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Carrillo
13. Segundo apellido: Rodriguez
14. Primer nombre: Dollys
15. Segundo nombre: Edubilia
16. Dirección residencia: Mz 2 casa 8
16.1 Barrio: El Rocio
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: 3006548962
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 [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [X] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 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 [X] 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: Mz 2 casa 8
31.1 Barrio: El rocio
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 [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 30 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? 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 ? 55 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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? [ ][ ] 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 9:57

Nombre del Encuestado: Dollys edovidia camilla R

CC: 49769788

Firma del Encuestador: Yanneidys Leyva Ordoñez

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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 01 17 (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: 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 1065816810 11. Fecha de nacimiento 19950610 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rivera 13. Segundo apellido Zambrano 14. Primer nombre Claudia 15. Segundo nombre Marcela
16. Dirección residencia Mz 3 Casa 8
16.1 Barrio El Rocio 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 3024571627
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 [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 [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 sociopolítica [X] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál? Fariño

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 [X] 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 Mz 3 Casa 8
31.1 Barrio El Rocio 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 04
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? (Pueda 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 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 [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] 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 ? 63 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 155 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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 utensillos			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.		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: 4:07

Nombre del Encuestado: Claudia Rivera

CC: 1065876810

Firma del Encuestador: Claudia Rivera

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 1 6 1 1 0 1 5 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 9 3 2 (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. 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: 1119840326
11. Fecha de nacimiento: 1 9 9 5 0 9 0 0 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Escorcia
13. Segundo apellido: Ortiz
14. Primer nombre: JOSE
15. Segundo nombre: Paul
16. Dirección residencia: Cll 17 A # 31-05
16.1 Barrio: 20 de julio
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3 1 3 5 6 7 3 8 5 9
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [✓] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [✓] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [✓] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 1 1
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? 0 1
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 0
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [✓] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 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? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 7 A # 41-180
31.1 Barrio: 12 octubre
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, escriba 0 en años) 36.1 Años 0 3 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [✓] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [✓] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 9
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? Asmet Salud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [✓] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 7 6 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 3 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 0 0 horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
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 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)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES	
85.7.1 Sismo	
85.7.2 Terremoto	
85.7.3 Vendaval	
85.7.4 Inundación	
85.7.5 Derrumbe	
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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		87.7.1 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 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: 9:39

Nombre del Encuestado: José David Restrepo Ruiz

CC: 1119840820

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 15 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 07 (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: 4977513

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 1063379442
11. Fecha de nacimiento 2001 06 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Moscote
13. Segundo apellido Caro
14. Primer nombre Angie
15. Segundo nombre Daniela
16. Dirección residencia Mz. 2 Casa 2
16.1 Barrio Mareigua
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 3077855339
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: 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 [X] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 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 Cra 7 A # 41 - 180
31.1 Barrio 12 octubre
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? Ninguno
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 00 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? 02
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? 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 ? 63 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 159 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? 90 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? 06

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, médu a 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.		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: 10:13

Nombre del Encuestado: Angie Daniela Monsalve

CC: 1003379442

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 19/11/2015 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 9920 (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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19/06/1981 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 49717685
12. Primer apellido: Botero 13. Segundo apellido: Colpas 14. Primer nombre: Aramis 15. Segundo nombre: de Jesus
16. Dirección residencia: cll 30B #a 93
16.1 Barrio: Villa del 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: 3136479130
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [X] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 09
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? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: 7 con 44 Bomba la esmeralda
31.1 Barrio: 12 octubre 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 [ ] 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 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? 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 [ ] 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 ? 173 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, 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 9:17

Nombre del Encuestado: Yamis Botero C.

CC: 77171685

Firma del Encuestador: Fanimaya Leyva Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 19/07/2021 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:00 (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: 304424 11. Fecha de nacimiento: 19/03/05/25 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Rueda 13. Segundo apellido: Hernandez 14. Primer nombre: Hector 15. Segundo nombre: Horacio
16. Dirección residencia: MZ 3 Cas 16
16.1 Barrio: 450 años 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: 3117241627
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: 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 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? Ninguno
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 44 con Crr 18
31.1 Barrio: 12 de oct 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 [ ] 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: 09 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? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [x] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [x] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [x] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [x]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 62 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. ¿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 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)		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)	✓		

36. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) ✓

37. ¿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		87.7.1 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 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: 10:10

Nombre del Encuestado: Hector Rueda - 304424

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019/10/15 (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: 1067596686

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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19/07/11/09 (A A A A M M D D)
9.1. CC [x] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 12715175
12. Primer apellido: Poreda 13. Segundo apellido: Olivella 14. Primer nombre: Manuel 15. Segundo nombre: Nicolas
16. Dirección residencia: Cra 34 B # 26-57
16.1 Barrio: Villa Arcadia 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: 3176278096
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [x] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [x] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [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 [ ] 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) [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 44 con Crr 18
31.1 Barrio: 12 de oct 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 [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 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 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? Salud total
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 ? 59 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)
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? 90 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 novivas 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.		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: 0950

Nombre del Encuestado: Manuel Poveda - 127 151 75

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLÈCTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 15 (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: 1067525686

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 10. Número de documento 1067+3883 11. Fecha de nacimiento 1979 01 05 (A A A A M M D D)

9.1. CC [x] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]

12. Primer apellido Paza 13. Segundo apellido Caceres 14. Primer nombre Delhna 15. Segundo nombre Aurora

16. Dirección residencia Cll 75 # 18d-35
16.1 Barrio PrimeroMayo 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 3163175698
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: 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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [x] 23.3 Con otros [ ]

24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 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? Ning
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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cll 44 con Crr 18
31.1 Barrio 12 de oct 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 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 06 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [x]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [x] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 17
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? 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 ? 64 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? [ ] 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 [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? ☐☐ días

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

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o 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 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)		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) ☒

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		87.7.1 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 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: Delfina Caceres - 26873883

CC:

Firma del Encuestador:

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 15 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 09 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067596836

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 1100613164 11. Fecha de nacimiento 20 03 05 03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rivaldo 13. Segundo apellido Cayo 14. Primer nombre Thair 15. Segundo nombre Andrei
16. Dirección residencia Mz 7a Casa 11
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 3217187309
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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
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? 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 [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra. 18d # 38-47
31.1 Barrio 12 de Oct 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 07 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 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? Sanidad
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 ? 67 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? [ ] 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 pregunto 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 [✓] 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 09:10

Nombre del Encuestado: Thair Andres Rivaldo 1.006.131.642

CC:

Firma del Encuestador:

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 1 4 1 0 1 0 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 9 2 5 (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: 49717313

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 7574691
11. Fecha de nacimiento 1 9 8 3 0 9 1 9 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Sanchez
13. Segundo apellido Gonzalez
14. Primer nombre Victor
15. Segundo nombre José
16. Dirección residencia Cra 4 - 07
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 3107508319
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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [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 Carrera 4
31.1 Barrio Villa Castro 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 [ ] 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 20 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? 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 ? 71 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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.		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: 9:30

Nombre del Encuestado: VICTOR JOSE SANCHEZ

CC: 7574691

Firma del Encuestador: [signature]

2

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 11 01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:32 (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: 49717313

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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19970129 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 1065813112
12. Primer apellido: Botello 13. Segundo apellido: Corredor 14. Primer nombre: Osneider 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Urb. 4 # 24-05
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: 3010205430 8
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
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 [X] 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 [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál? 28.3 Cambio climático [ ]

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: Urb. 4
31.1 Barrio: Villa Castro 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 [ ] 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 07 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 [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? 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 ? 73 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 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, sín 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 novivas 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.		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. 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: 9:38

Nombre del Encuestado: Deneider Bolleño

CC: 1065831312

Firma del Encuestador: [signature]

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019/10/10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:12 (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: 49717573

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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19830312 (A A A A M M D D)

9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 1520849 9

12. Primer apellido: Altamiar 13. Segundo apellido: Avendaño 14. Primer nombre: Jose 15. Segundo nombre: Alberto
16. Dirección residencia: Cra 9
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: 3103059371
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 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 [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) [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: Cra 9
31.1 Barrio: villa castro 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 00 36.2 Meses 03
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [X] 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? 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 ? 71 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 173 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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 novivas 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)	
85.1.5. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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. 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: 0749

Nombre del Encuestado: Jose Alberto Alfaro

CC: 15208499

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:07 (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: 1214467335
11. Fecha de nacimiento: 2004 04 03 (A A A A M M D D) 20

12. Primer apellido: Amaya
13. Segundo apellido: Rodriguez
14. Primer nombre: Stefany
15. Segundo nombre: del valle
16. Dirección residencia: cll 21-4-02
16.1 Barrio: Las palmas 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: 3107051379
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: 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? 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) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 4
31.1 Barrio: Villa Castro 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 [ ] 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 00 36.2 Meses 08
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 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 ? 68 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, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]

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

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

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [ ] 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 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 [ ] 84.4 Muy inseguro [X]

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago, contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	X	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	✓	85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	✓
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	✓
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 10:15

Nombre del Encuestado: Stafony del valle Amaya

CC: 1214467335

Firma del Encuestador: Stafony Leyva

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 1 9 1 0 1 0 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1 0 : 2 4 (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: 99717513

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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 2 0 0 2 0 6 0 6 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 1123596015
12. Primer apellido: Lopez 13. Segundo apellido: Echeverria 14. Primer nombre: Sammy 15. Segundo nombre: Valentina
16. Dirección residencia: cll 21 E 21
16.1 Barrio: las palmas 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular: 3 0 1 7 0 5 9 3 2 9
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: [ ][ ]
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 0 2 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 0
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [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 [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 19 1
31.1 Barrio: Villa Castro 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 [ ] 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 [ ] 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 0 7
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 9
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

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

52. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

53. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☐

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

55. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☐

56. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

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

59. 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 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)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones Ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no Ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 10:31

Nombre del Encuestado: Sandra Valentina López

CC: 1123596015

Firma del Encuestador: Sandra López

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2024/10/10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:34 (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: 1197175173

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: 97009086
11. Fecha de nacimiento: 1959/09/03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Arias
13. Segundo apellido: Arias
14. Primer nombre: Elias
15. Segundo nombre: Evangelista
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Villa de 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: 3107057308
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados:
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 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 [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: Cra 4
31.1 Barrio: Villa Castro 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? Ninguno
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 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 [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? Dusakawi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 70 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 [X] 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 pregunte 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 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)		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, red ofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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		87.7.1 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 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: 10:45

Nombre del Encuestado: Elias Evangelista Arias

CC: 79009086

Firma del Encuestador: Fanicup leyva orduz

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019/10/10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:50 (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: 1971713

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 [ ] 9.2. CE [X] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1213742098
11. Fecha de nacimiento 1994/12/22 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Vegen
13. Segundo apellido Hernandez
14. Primer nombre Shanay
15. Segundo nombre Elena
16. Dirección residencia cll 6 #17-53
16.1 Barrio Las Flores
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 3001251972 7
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: 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 [ ] 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 [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál? 28.3 Cambio climático [ ]

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 Cra 4
31.1 Barrio Villa castro
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 [ ] 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 01 36.2 Meses 02
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 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 71 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 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? 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) [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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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.		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: 11:02

Nombre del Encuestado: Sharay Elena Vega

CC: 1121342098

Firma del Encuestador: Jaimerys Reyes Ordóñez

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: 2021/04/10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:07 (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[illegible]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 1065850859
11. Fecha de nacimiento 1990/11/21 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Vega
13. Segundo apellido Hernandez
14. Primer nombre Cynthya
15. Segundo nombre Carolina
16. Dirección residencia Cll 6 #12-53
16.1 Barrio Los Horcones 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 3107082934
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 [ ] 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? 03
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 Cra 4
31.1 Barrio Villa Caribe 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? 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 [X] 34.3 Alcantarillado [ ] 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 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 [X] 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 [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? 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 ? 73 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 167 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 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? 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 [X] 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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 progunta 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		87.7.1 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 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: 11:09

Nombre del Encuestado: Cynthya Carolina Vega

CC: 1065850889

Firma del Encuestador: Cynthya Vega

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2022 11 01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11 21 (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: 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 1193250302
11. Fecha de nacimiento 2001 08 24 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Maestre 13. Segundo apellido Gil 14. Primer nombre Yuleni S. 15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Cll 5 # 7A-04
16.1 Barrio la ceiba 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 3044806212
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 [ ] 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 [ ] 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 [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 4
31.1 Barrio Villa castro 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 [ ] 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 [ ] 36.2 Meses 07
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 70 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 103 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 [X] 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) [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? 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? 2 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 dias 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.		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. 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: 1140

Nombre del Encuestado: Yirleny Maestre.

CC: 1193250502

Firma del Encuestador: fanorys Reyes

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 10 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 17 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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento (A A A A M M D D)
9.1 CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 062306 — 1994 04 11
12. Primer apellido: Sera 13. Segundo apellido: Espinosa 14. Primer nombre: Teobaldo 15. Segundo nombre: Manuel
16. Dirección residencia: Cll 18 # 32-116
16.1 Barrio: El progreso 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: 3117433317
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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 [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Wiwa
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 [ ] 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: Cra 4 con 21
31.1 Barrio: Villa Castro 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 [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 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? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 07 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, 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 [X] 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 [X]

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 11:20

Nombre del Encuestado: Teobaldo Sevoa - 66 20 306

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR | 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: 2024-11-01 (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: 502568?
11. Fecha de nacimiento: 1978-05-17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Andrade
13. Segundo apellido: de Avila
14. Primer nombre: Jaime
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: M 7 casa 4
16.1 Barrio: villa miriam — 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: 3122517394?
17.2 Teléfono vecino: — 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo — 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados:
22. ¿Es usted 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? Wiwa
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: cra 4 con 21
31.1 Barrio: villa castro — 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 múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 02 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? 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? Caprecom
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 ? 48 kilogramos — 49. ¿Cuál es su estatura ? 167 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 — 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	☑
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 11:15

Nombre del Encuestado: Jaime Andrade - 5025682

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — 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 10 10 (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 [ ] 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: 42495424
11. Fecha de nacimiento: 1978 05 25 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Becerra
13. Segundo apellido: Arias
14. Primer nombre: Smelia
15. Segundo nombre: Maria
16. Dirección residencia: Mz H casa 7
16.1 Barrio: Primavera L
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: 3116574502
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: 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 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 28) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 4 #23 - 64
31.1 Barrio: Villa Castro
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? Construcción
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 [ ] 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 [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? 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 [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? 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 ? 67 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? [ ] 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 lacaraci(on de musculo o tandón, 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 la 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.)	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)	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: 11:30

Nombre del Encuestado: Ismelia Becerra - 42495424

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR — HEAD

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 15 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 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 4248652
11. Fecha de nacimiento 1974 05 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Vega
13. Segundo apellido de Contreras
14. Primer nombre Dolinda
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Cr 19d #77-73
16.1 Barrio Simon Bolivar
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 3115512153
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 [x]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [x] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 08
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 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? Wiwa
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 Cra 4 # 23-12
31.1 Barrio villa castro
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? Mercado
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 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. 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 ? 51 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [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 ☐

65. ¿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 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.		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: 1110

Nombre del Encuestado: Dolinda Vega - 1218562

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 04/04/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:40 (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 [ ] 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: 4990199 11. Fecha de nacimiento: 17/01/2021 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Montero 13. Segundo apellido: Gonzalez 14. Primer nombre: Luis 15. Segundo nombre: Carlos
16. Dirección residencia: cll 18 Bis #36-16
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: 3205476913
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [x] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [x] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 04
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) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: cvr 4 # 52 - 23
31.1 Barrio: Villa Castro 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 [ ] 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 04 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? 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? Comparta
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 ? 164 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [x] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [x] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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)	
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	X	85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	✓
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo	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 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		87.7.1 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 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: 10:50

Nombre del Encuestado: Iris Montero – 4990199

CC:

Firma del Encuestador:

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 01 10 (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:

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 13888382
11. Fecha de nacimiento 19 79 09 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bonilla
13. Segundo apellido Morales
14. Primer nombre Dairo
15. Segundo nombre Calixto
16. Dirección residencia Dg 24 # 61-38
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 3178044236
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [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 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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [X] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 4 # 22-34
31.1 Barrio Villa Castro
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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 04 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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? 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 ? 68 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 167 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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 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 transito 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	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	✓	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: 1030

Nombre del Encuestado: Dairo Bonilla - 13888382

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019 04 01 19 (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: 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: 26836307
11. Fecha de nacimiento: 1 9 3 7 0 5 0 3 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Jimenez
13. Segundo apellido: de Ospino
14. Primer nombre: Aura
15. Segundo nombre: Elenas
16. Dirección residencia: Cll 10 H 4a - 48
16.1 Barrio: La palma
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: 3187745509 12
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 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? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál? [X]

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. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Carrera 4ta Con 31
31.1 Barrio: Villa Castro
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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 00 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 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? 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 ? 77 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 166 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 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 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES	
85.7.1 Sismo	
85.7.2 Terremoto	
85.7.3 Vendaval	
85.7.4 Inundación	
85.7.5 Derrumbe	
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases.	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 0910

Nombre del Encuestado: Aura Elena Jimenez - 26836307

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 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 [ ] 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 1765555
11. Fecha de nacimiento 1974 06 30 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Orozco
13. Segundo apellido Maz B Casa 72
14. Primer nombre Victor
15. Segundo nombre Jose
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Mya Flores 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 3114007990
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados:
22. ¿Es usted 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? 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 [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia 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 Cra 9 con 21
31.1 Barrio Villa castro 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 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? 13
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 68 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 176 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o 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? 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 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 tráns to 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 actidente 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	X	85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	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) 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		87.7.1 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 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 X 90.3. Rutas de evacuación ☐ 90.4. Salidas de emergencia ☐

90.5. Ninguna.

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

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (inodoro o letrina) 92.1. Si 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: 09:30

Nombre del Encuestado: Victor Jose Orozco - 1765555

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 2 3 1 0 1 0 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 9 4 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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: 47496679
11. Fecha de nacimiento: 1 9 5 0 1 2 2 3 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Rodriguez
13. Segundo apellido: de martin
14. Primer nombre: Ruf
15. Segundo nombre: Maria
16. Dirección residencia: Cl 9 # 29-40
16.1 Barrio: Sabanas del rey 16.2 Centro Poblado: 16.3 Vereda:
16.4 Localidad: 16.4.1. Número de la localidad: 16.5 Comuna: 16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3 1 5 4 7 2 9 7 2 3
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 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 [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 0 6
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? 0 0
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 0
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? 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) [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 ¿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: Cr 4 con 21
31.1 Barrio: villa castro 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 0 5 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 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? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

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

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 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? 90 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? 06

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 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)		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		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 09:10

Nombre del Encuestado: Rut Rodriguez

CC: 42496679

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 01 04 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:00 (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: 1470459
11. Fecha de nacimiento: 17/05/08 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Vera
13. Segundo apellido: Montedegre
14. Primer nombre: Ricardo
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: cr 96 # 45-39
16.1 Barrio: El 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: 3213172923 91
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [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? 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 [ ] 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) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 4 con 7
31.1 Barrio: Villa Castro
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? Construcción
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 [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 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 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. 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 ? 70 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 168 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

52. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

53. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☒

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

55. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☒

56. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

57. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☒

58. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 02

59. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

59.1 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 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)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 10:10

Nombre del Encuestado: Ricardo Vera - 14204454

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:49 (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: 1536311
11. Fecha de nacimiento: 19/07/06/84 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Guerra
13. Segundo apellido: Morales
14. Primer nombre: Carlberto
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Cra 9 #9A
16.1 Barrio: Cortijo
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: 3127827241
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 06
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? 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 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: Cra 19 Con calle 11
31.1 Barrio: Cortijo
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 [ ] 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 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? 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? 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 ? 65 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? 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 pregunto 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 pregunto 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? 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 ☐ (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.		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		87.7.1 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 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: 10:32

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 15363711

Firma del Encuestador: [illegible]

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 17/04/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:35 (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: 9471573

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: 17.645.162
11. Fecha de nacimiento: 19/07/09/27 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Alvarez
13. Segundo apellido: Pozado
14. Primer nombre: Juan
15. Segundo nombre: Carlos
16. Dirección residencia: Calle 10 # 31 - 39
16.1 Barrio: 5 Enero
16.2 Centro Poblado:
16.3 Vereda:
16.4 Localidad:
16.4.1. Número de la localidad:
16.5 Comuna:
16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular: 3057914783
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: [ ]
22. ¿Es usted 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? 05
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 04
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 [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 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 ¿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 19
31.1 Barrio: los castros
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? (Puedo marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 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 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 62 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 167 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

75. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación? _____

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ___ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál? _____

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 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.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas, infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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. 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: 10:40

Nombre del Encuestado: Jhon Carlos Alonso

CC: 1264516 2

Firma del Encuestador: Francisco Leyva Ordóñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 17/01/2019 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:40 (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: 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: 49609334 11. Fecha de nacimiento: 19/09/1991 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Julio 13. Segundo apellido: Guzman 14. Primer nombre: Adelina 15. Segundo nombre: Mercedez
16. Dirección residencia: Calle 16-37-37
16.1 Barrio: Primero 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: 3136918934 0
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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 [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: Cra 19 con calle 11
31.1 Barrio: Cortijo 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? estructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años: 15 36.2 Meses:
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 49 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 130 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? 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 novivas 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.		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. 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: 10:45

Nombre del Encuestado: Adelina Guzmán

CC: 49609334

Firma del Encuestador: Fanlonys Leyva.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD.
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019 10 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 47 (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: 49715813

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 1065586344
11. Fecha de nacimiento 2000 02 11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Garcia
13. Segundo apellido Sarmiento
14. Primer nombre Yenifer
15. Segundo nombre Marcela
16. Dirección residencia Mz 10 casa 29
16.1 Barrio Fierro primavera 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 3105247107
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 [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 [ ] 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 [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) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 19 calle 11
31.1 Barrio los cortijos 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 [ ] 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 00 36.2 Meses 07
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? 04
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Cajacopi
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [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 ? 73 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 [X] 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) [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

52. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

53. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐

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

55. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

56. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

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

59. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

59.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

59.3 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones Ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no Ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 10:50

Nombre del Encuestado: Yenifer M. Garcias

cc: 1065586344

Firma del Encuestador: Fanimorys Leyva

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019/10/09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:15 (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: 99.177.513

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 municiplo 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1065818395
11. Fecha de nacimiento 1995/01/12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Turizo
13. Segundo apellido Martinez
14. Primer nombre Luis
15. Segundo nombre Antonio
16. Dirección residencia Cra 31 # 9B - 26
16.1 Barrio 5 de enero
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3124596611 15
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 cónyugue [ ] 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 [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 Cra 19 calle 11
31.1 Barrio los cortijos 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 [ ] 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 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? 07
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? 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 ? 70 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [X]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 01 horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [X]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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.		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: 10:59

Nombre del Encuestado: Juis A. Turizo

CC: 1065818395

Firma del Encuestador: Fanor Arp Leyva

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 01 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 02 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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: 1092375941
11. Fecha de nacimiento: 1997 10 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Ortiz
13. Segundo apellido: Lemus
14. Primer nombre: Luz
15. Segundo nombre: Dalia
16. Dirección residencia: Kra 18C # 25A-19
16.1 Barrio: (los 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:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3117077314
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: 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 [ ] 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? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 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: cra 19 calle 11
31.1 Barrio: los cortijos 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 [ ] 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 01 36.2 Meses 03
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? 07
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [ ] 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 ? 69 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 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)		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) ☒

37. ¿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. 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: 1109

Nombre del Encuestador: Juz Dalia ortiz.

CC: 1082375841

Firma del Encuestador: Juz Dalia ortiz.

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 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:10 (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: 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 77091135
11. Fecha de nacimiento 1981 03 13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Solano
13. Segundo apellido Flores
14. Primer nombre Harlen
15. Segundo nombre Jose
16. Dirección residencia Mz F Casa 26
16.1 Barrio Villa texi
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 3107152493
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 [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: 09
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? 09
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 07
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 [x]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 19 calle 11
31.1 Barrio los cortijos
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 [ ] 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 [x] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [x] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [x] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [x] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [x] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [x] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [ ]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 73 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 171 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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, 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 11:19

Nombre del Encuestado: Harlen Jose. Solano

cc: 77091135

Firma del Encuestador: Fanuary Tejera O.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 10 / 11 / 2019 (D D M M A A A A) 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: 49717563

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: 39401482
11. Fecha de nacimiento: 19/09/1974 (D D M M A A A A)
12. Primer apellido: Navarro
13. Segundo apellido: Torres
14. Primer nombre: Luisa
15. Segundo nombre: Soledad
16. Dirección residencia: Cra 19F # 23-17
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: 3046594734
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: 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 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 [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) [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: Cra 19 calle 11
31.1 Barrio: los Cerros
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 [ ] 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 03 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 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? 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 ? 71 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 159 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

77.5 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.		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: 1727

Nombre del Encuestado: Luisa Soledad Navarro

cc: 39461482

Firma del Encuestador: [signature]

La salud es de todos · Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD · HEAD Hospital Eduardo Arredondo Daza E.S.E. Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:29 (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: 49775513

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 10. Número de documento 1068355508 11. Fecha de nacimiento 20 01 10 02 (A A A A M M D D)
9.1. CC [x] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
12. Primer apellido Albeair 13. Segundo apellido Machado 14. Primer nombre Darlyn 15. Segundo nombre Esther
16. Dirección residencia MZ 11 Casa - 39
16.1 Barrio Mareigua 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 3024328913
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 [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 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 [ ] 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 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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 19 con cll 11
31.1 Barrio Cortijo 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 [ ] 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 00 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? 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 [ ] 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? Asmesalud
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 ? 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? 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? 02

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71.1. Fractura			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 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)	✓	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	✓	85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos		85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	✓
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)	✓	85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	✓
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 1135

Nombre del Encuestado: Darlyn E Albear.

CC: 1068388508.

Firma del Encuestador: Fanuary leyva ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 11 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11 04 (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: 49717315

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 1065921297 11. Fecha de nacimiento 1995 10 14 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Martinez 13. Segundo apellido Pacheco 14. Primer nombre Edwar 15. Segundo nombre Vanega
16. Dirección residencia Cll 7 L # 19-67
16.1 Barrio Simon Bolivar 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 3104095707
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: 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? 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 [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? Fortuna

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 rara 19 cll 11
31.1 Barrio los cortijos 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 [ ] 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 01 36.2 Meses 03
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 [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? Mutual Ser
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 ? 159 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? 09 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 [ ]

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 07/04/2021 (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 26709684
11. Fecha de nacimiento 19/12/1981 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Hernandez
13. Segundo apellido Ramos
14. Primer nombre Carmelina
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Mz 9 Casa 40
16.1 Barrio Popularidad
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 3016600065
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 [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 [ ] 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? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? [ ]
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? 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 [ ] 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 Av S. Bolivar Cra 19
31.1 Barrio El cortijo
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 [ ] 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 07 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? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Comparta
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 ? 1.63 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 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? 03 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 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 o 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 progunta 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		87.7.1 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 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 2 1 0

Nombre del Encuestado: fermelin Hernandez - 26708684

CC:

Firma del Encuestador:

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 09 (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: 26724027
11. Fecha de nacimiento: 1994 04 06 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Pacheco
13. Segundo apellido: del Valle
14. Primer nombre: Maria
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Dg 12 #21-71
16.1 Barrio: (los) Cuicuyes
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: 3155546409
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: 04
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) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Av S.Bolivar cra 19
31.1 Barrio: (los) Cuicuyes
31.2 Centro Poblado:
31.3 Vereda:
31.4 Localidad:
31.4.1. Número de la localidad:
31.5 Comuna:
31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál? 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 [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 07 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? 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. [ ] 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 ? 67 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 171 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 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 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)	✓	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 progunta 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		87.7.1 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 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

Nombre del Encuestado: Maria Pacheco - 26724827

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:10 (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: 1067595680

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 [ ] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 66869109
11. Fecha de nacimiento 1949 07 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Madrid
13. Segundo apellido Diaz
14. Primer nombre Oriselda
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Cll 17 # 20-12
16.1 Barrio El pupo
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 3106478535
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 [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 01
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? 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? Ninguno
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 Av S. Bolivar Crr 19
31.1 Barrio los cortijos 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 [ ] 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 [ ]
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 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 61 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 159 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62)
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [ ] 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 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 transito 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.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 1:13

Nombre del Encuestado: Griselda Madrid - 26829109

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 7/01/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 7:00 (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: 51620 63
11. Fecha de nacimiento: 19/09/15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Yepes
13. Segundo apellido: de Ruiz
14. Primer nombre: Matilde
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Cr 19 #33-35
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: 3007346620
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 [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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? 07
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? Niña
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 [ ] 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: Av S. Bolivar Crr 19
31.1 Barrio: los cerros
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 [ ] 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 02 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 [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? 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 ? 87 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 167 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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 6

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			
7..4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
7..5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
7..6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
7..7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
7..3 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..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..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..6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85..7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 11:11

Nombre del Encuestado: Yepes Ruiz Matilde

CC: 51162063

Firma del Encuestador:

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2019/10/09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 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: 501676
11. Fecha de nacimiento: 1991/09/12 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gutierrez 13. Segundo apellido: Solano 14. Primer nombre: Jacidel 15. Segundo nombre: Jose
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Casimiro M. 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: 3174377654
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 [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: 06
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? Ninguna
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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Av S Blvr Crr 19
31.1 Barrio: 10 de Junio 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? Ninguno
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 [ ] 36.2 Meses 09
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 [ ] 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? Salud Vida
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 58 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 173 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [✓] 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][2]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [✓] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI [ ] 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o 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)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES	
85.7.1 Sismo	
85.7.2 Terremoto	
85.7.3 Vendaval	
85.7.4 Inundación	
85.7.5 Derrumbe	
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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		87.7.1 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 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: 1010

Nombre del Encuestado: Gutierrez Jacidey 5012046

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 11 29 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 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: 1065959586

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 municiplo 8.1 Cabecera municipal [X] 8.2 Centro poblado [ ] 8.3 Rural disperso [ ]
9. Tipo documento 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1827779
11. Fecha de nacimiento 1951 03 11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Barbosa
13. Segundo apellido Ruiz
14. Primer nombre Dinorates
15. Segundo nombre Ramon
16. Dirección residencia Mz 11 Casa 6
16.1 Barrio Casimiro M. 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 3137761504
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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
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 [ ] 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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Av 5. Blvr car 19
31.1 Barrio (Of. Conyu) 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 07 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 59 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 164 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [X] 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 [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][6]

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, colúmna 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)		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, rad.ofrecuencia, microondas)			

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

86. ¿Utiliza elementos de protección personal en la realización de su oficio u ocupación habitual? 86.1 SI ☐ 86.2 NO. (Pasar pregunto 88) ☐

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 10:30

Nombre del Encuestado: Ramon Barboza- 12717779

CC:

Firma del Encuestador:

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 07 14 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:00 (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: 769443647
11. Fecha de nacimiento: 1994 11 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Torres
13. Segundo apellido: Zapata
14. Primer nombre: Nehemias
15. Segundo nombre: Enrrique
16. Dirección residencia: Cll 16d # 34-53
16.1 Barrio: Si Ceron M 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: 3194323230
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [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? 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 [ ] 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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Av S. Blvr Crr 19
31.1 Barrio: los corhjos 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? ninguno
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 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 [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? 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 ? 68 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 [ ] 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 progunta 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? 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 ☑ (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.		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: 10:40

Nombre del Encuestado: Nehemias Torres - 26943647

CC:

Firma del Encuestador:

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 6 0 2 2 0 1 0 0 9 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 9 4 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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 26706700
11. Fecha de nacimiento 1 9 3 6 1 2 1 9 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bermudez
13. Segundo apellido Padilla
14. Primer nombre Miriam
15. Segundo nombre Matilde
16. Dirección residencia Dg 19 H 27a-36
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
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3 1 0 8 2 7 6 5 1 6
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 0 8
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? 0 1
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 0
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
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 Av S-Bolivar Crr19
31.1 Barrio Los Cortijos 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 36.2 Meses 0 3
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 1 2
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? Cax 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 ? 7 3 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 7 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [ ] 62.4 Regular [X] 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][8] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 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, medula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

73. ¿Cuál fué 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)		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.)	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, raciofrecuencia, 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 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: 09:50

Nombre del Encuestado: Miriam Bermudez – 2670700

CC:

Firma del Encuestador:

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: 10/24/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:20 (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: 1271090 3
11. Fecha de nacimiento: 19941110 2 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: felipe
13. Segundo apellido: de flores
14. Primer nombre: Julia
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Cll 54 # 52-66
16.1 Barrio: Don 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: 3124675777
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [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 [ ] 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 [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: Av S. Bolivar cra 19
31.1 Barrio: Los Cortijos
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? USI Fructuoso
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? 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? 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 ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, 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][6] 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][0]

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común [ ] 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación [ ]

69.3 Enfermedad común [X] 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación [ ]

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 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 [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)		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		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 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. 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: 09 13

Nombre del Encuestado: Julia Felipe de Flores - 12710103

CC:

Firma del Encuestador:

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 17/01/2023 (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: 1067959626

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 [ ] 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 1736296
11. Fecha de nacimiento 04/10/1979 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Daza
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Ruber
15. Segundo nombre Dario
16. Dirección residencia Cr 14a #9-29
16.1 Barrio San Joaquin 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 3113839611
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 05
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) [X] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [ ]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
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 Al. S. Bolivar-Cra 19
31.1 Barrio Los Cortijos 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 09 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 68 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 172 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

52. 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)	
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		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 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		87.7.1 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 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: 09:10

Nombre del Encuestado: Ruben dario Daza — 1738296

CC:

Firma del Encuestador:

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: 2023 10 24 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 35 (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 [illegible]

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 1065613903
11. Fecha de nacimiento 1994 01 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Chinchilla
13. Segundo apellido Orozco
14. Primer nombre Elvin
15. Segundo nombre Jose
16. Dirección residencia Calle 20 # 4 - 77
16.1 Barrio Las Palmas 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 3235760363
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 [X] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 17
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? 04
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 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 Cra 4d - 21B15
31.1 Barrio Candelaria Sur 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 [ ] 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 11 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 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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. ¿Cual 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 ? 165 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 [X] 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	☑
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad	✓	87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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. [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: 0 3 2

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 1065613903

Firma del Encuestador: [illegible]

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023 10 03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:26 (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: 40777513

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: 1784396
11. Fecha de nacimiento: 15/03/1973 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mejia
13. Segundo apellido: Contreras
14. Primer nombre: Orlando
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Calle 21 B # 14 D - 12
16.1 Barrio: Candelaria Sur
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: 3010712405 9
17.2 Teléfono vecino:
17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con qulén 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? 05
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) [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 [X] 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 21
31.1 Barrio: Candelaria Sur
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 [ ] 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 30 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? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 87 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 180 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 06 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 [ ]

4 / 62

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 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 pregunto 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.		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		87.7.1 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 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: 9:25

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 17843916

Firma del Encuestador: Fabian Leyva Ordoñez

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 26/04/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:12 (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: 49777513

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 77177703
11. Fecha de nacimiento 19/12/1973 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rodriguez 13. Segundo apellido Flores 14. Primer nombre Marco 15. Segundo nombre Antonio
16. Dirección residencia Cra 4D -21-17
16.1 Barrio Candelaria Sur 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 3010505337
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 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? 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 [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 sociopolitica [ ] 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. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 4D -21- Bis
31.1 Barrio Candelaria Sur 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 [ ] 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 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? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 70 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 163 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 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? 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

52. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [✓] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

53. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [✓] 63.2 NO [ ]

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

55. 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 amblentenvenenamiento 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, méduia 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 novivas 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.		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		87.7.1 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 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: 9 | 1 | 8

Nombre del Encuestado: Marco A. Rodriguez

CC: 77.171.703.

Firma del Encuestador: Fanimorp Reyes Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 10/04/2023 (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: 49817513

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 12502347 11. Fecha de nacimiento 19/06/1973 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Villafuel 13. Segundo apellido Coronilla 14. Primer nombre Marcilio 15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Trans 23 # 15-26
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
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3107054078
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: 17
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 [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 [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 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? 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 [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 27 con 4
31.1 Barrio Candelaria Sur 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 [ ] 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 01 36.2 Meses 03
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] [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 71 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] [ ] [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente [ ] 62.2 Muy buena [ ] 62.3 Buena [X] 62.4 Regular [ ] 62.5 Mala [ ]

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI [X] 63.2 NO [ ]

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o 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)		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, rad ofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 9:16

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 1250234 97

Firma del Encuestador: Fanimory Leyva Ordóñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2018 10 01 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:56 (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: 49777576

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: 49774734
11. Fecha de nacimiento: 19/04/1973 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Betancur
13. Segundo apellido: Ramirez
14. Primer nombre: Maria
15. Segundo nombre: del Rosario
16. Dirección residencia: Cra 17A # 9-71
16.1 Barrio: El Carmen
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3002054370
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 [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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 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: Calle 7 # 15-03
31.1 Barrio: Candelaria Sur
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 [ ] 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 01 36.2 Meses 02
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 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 56 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 155 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? 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 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		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 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: 9:57

Nombre del Encuestado: María del Rosario Betancur R.

cc: 49774234

Firma del Encuestador: Yanneirys Leyva O.

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 26/04/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:59 (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: 1003125412

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 1721689954
11. Fecha de nacimiento 19/09/1971 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Ramos
13. Segundo apellido Cusares
14. Primer nombre Luis
15. Segundo nombre Eduardo
16. Dirección residencia Calle 34 # 116-42
16.1 Barrio 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 3107302179
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 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 [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 Calle 21 #15
31.1 Barrio Candelaria Sur
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna [X]
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [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 [ ] 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 00 36.2 Meses 11
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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? Mutual SER
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 ? 44 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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, 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

52. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

53. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐

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

55. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

56. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

58. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 09

59. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

59.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

59.3 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 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)	☑	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		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 OÍDO		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. 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: 1007

Nombre del Encuestado: Luis Eduardo R.

CC: 77168954

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021-10-03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:12 (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: 49770573

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: 49777082
11. Fecha de nacimiento: 19-10-2009 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Iberbuen
13. Segundo apellido: Ramirez
14. Primer nombre: Liliana
15. Segundo nombre: Patricia
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Las palmas Dig 26 # 40-32
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: 3007471602
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 [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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 01
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 [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 4 D -71
31.1 Barrio: Candelaria Sur
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 [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 00 36.2 Meses 07
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 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 ? 62 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? 06 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

52. 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 [ ]

53. ¿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 [ ]

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

55. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI [ ] 65.2 NO [X]

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

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

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

59. 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 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)		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 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	
85.5.2 Esfuerzo		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)			

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES					
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
		87.6.5 Botas de caucho		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 10:21

Nombre del Encuestado: Juliana P. Iborguen R.

CC: 49777028

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023 10 03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 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: 9777513

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 1065602316
11. Fecha de nacimiento 1982 05 04 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Pertuz
13. Segundo apellido Córdoba
14. Primer nombre Lina
15. Segundo nombre Marcela
16. Dirección residencia Calle 74 #4D
16.1 Barrio Candelaria
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 3105634775
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: 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? 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 [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 [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 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 ¿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 Cra 4 D - 24 Blq
31.1 Barrio Candelaria Sur
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? Supermercado
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuentà el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, 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 [ ]
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. [ ] 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 ? 71 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 7 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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	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) [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 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 [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 [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: 1020

Nombre del Encuestado: Lina Pertuz C.

cc: 1065602310

Firma del Encuestador: [signature]

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: 2023/04/03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:36 (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: 49774513

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 1065615227
11. Fecha de nacimiento 2001/06/09 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Ramirez 13. Segundo apellido: Segrera 14. Primer nombre: Sindy 15. Segundo nombre: Paola
16. Dirección residencia: Calle 43 # 5E-22
16.1 Barrio: Los Palmas 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: 3103134967
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: 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? 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 [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) [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 Cra 4D -27 Bis-07
31.1 Barrio Candelaria Sur 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 [ ] 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 [ ] 36.2 Meses 02
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 [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 ? 60 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 153 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? 06 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 [X] 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

52. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

53. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☐

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

55. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☐

56. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

58. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 000

59. 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 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 novivas 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)	X
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 pregunto 88) ✓

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 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 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: 10:45

Nombre del Encuestado: Sindy Ramirez

cc: 1065575222

Firma del Encuestador: [signature]

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023/04/26 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:59 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1.193.116.613

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: 49765325
11. Fecha de nacimiento: 1962/10/06 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Montero
13. Segundo apellido: Jimenez
14. Primer nombre: Milady's
15. Segundo nombre: Del Socorro
16. Dirección residencia: Call 7 7 2 - 68
16.1 Barrio: Villa Rosa #6
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: 3107372769
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: 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? 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 [X] 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: Cra 4 D - 21 Bis 09
31.1 Barrio: Candelaria Sur
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [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 00 36.2 Meses 06
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 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 ? 62 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.56 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 laceración de musculo o tendón, sin herica			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)	✓	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)	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.)	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 progunta 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 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		87.7.1 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 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 12

Nombre del Encuestado: [signature]

cc: 4976325

Firma del Encuestador: Francisco Tegua ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 27/04/2023 (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: 1065956886

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: 1271016
11. Fecha de nacimiento: 19/06/1983 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Nieves 13. Segundo apellido: Bermudez 14. Primer nombre: Lilia 15. Segundo nombre: Rafael
16. Dirección residencia: Cll 21 # 23-30
16.1 Barrio: Villa Cuatro 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: 3145242635
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 13
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 [X] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 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 [ ] 29.7 Manufactura [X]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cll 21 # 23-30
31.1 Barrio: Villa Clara 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? Vulcanizadora
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 [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años: 02 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 [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? Armesalud
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 ? 67 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. ¿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 [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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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.		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: 1270

Nombre del Encuestado: Julia Bermudez — 12711046

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023/10/23 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:40 (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 22232263 11. Fecha de nacimiento 1963/11/07 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Marquez 13. Segundo apellido de la Hoz 14. Primer nombre Angela 15. Segundo nombre
16. Dirección residencia
16.1 Barrio fundadores 16.2 Centro Poblado Transv 16 # 20a-27 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 3046168331
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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [X]
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) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación cll 24 #21-17
31.1 Barrio Villa Clara 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? Ustructo
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 04 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? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Asmesalud
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 ? 168 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)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	☑
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 11:50

Nombre del Encuestado: Angela Marquez – 22628268

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 10 07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:26 (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: 1067595636

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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19900505 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 1921375
12. Primer apellido: Wade 13. Segundo apellido: Rivera 14. Primer nombre: Roberto 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Transv 26 # 29A-22
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:
17. Teléfono fijo: 17.1 Teléfono celular: 3105729951
17.2 Teléfono vecino: 17.3. Correo electrónico:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ] 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [X] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [X] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 05
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [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? 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? Niña
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 21 # 12-14
31.1 Barrio: Villa Clara 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 múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [ ] 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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 10 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [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? Armesalud
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 ? 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 [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 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.)	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 OÍDO		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: 11:36

Nombre del Encuestado: Roberto Rivera - 7427375

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 26/04/2023 (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 1067595686
11. Fecha de nacimiento 19/03/1960 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Maestre
13. Segundo apellido de Labertinez
14. Primer nombre Eliza
15. Segundo nombre Jesus
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Villa taxi
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 3013999761
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 [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 01
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? Ninguno
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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cl 21 # 25-12
31.1 Barrio Villa Clara
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 [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 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 [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [X] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 82 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.68 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 [X] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros 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 novivas 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.		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**		87.7.1 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 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: 1110

Nombre del Encuestado: Eliza Maestre 3501B086

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:40 (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: 41523874
11. Fecha de nacimiento: 1978 07 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mayorca
13. Segundo apellido: Sanchez
14. Primer nombre: Maria
15. Segundo nombre: Gloria
16. Dirección residencia: Cr 6B # 10-67
16.1 Barrio: San Jorge
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: 3001231 7665
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 [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 [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Wiwa
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: Cl 21 # 33-62
31.1 Barrio: Villa dura
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 [ ] 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 [ ] 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 07 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [ ] 38.2 Nocturna [X] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [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 ? 75 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 6 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o 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 [X] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

52. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

53. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☐

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

55. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☐

56. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

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

59. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

59.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

59.3 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 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)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 10:30

Nombre del Encuestado: Maria Mayorca – 41523074

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 10 18 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 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 10. Número de documento 11. Fecha de nacimiento 19 04 18 01 08 (A A A A M M D D)

9.1. CC [x] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] — 26687463

12. Primer apellido: Cardenas 13. Segundo apellido: Cr 15 B # 46-25 14. Primer nombre: Eluia 15. Segundo nombre: Rosa
16. Dirección residencial
16.1 Barrio: Villa fuente 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: 3193616314
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: 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 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 [ ] 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 [ ] 29.7 Manufactura [x]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cll 21 #32-11
31.1 Barrio: Villa clara 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 09 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. 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? Almesalud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 65 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? [ ] 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

52. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

53. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☒

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

55. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☒

56. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

57. ¿Dónde ocurrió la causa que le impidió realizar sus actividades normales? 67.1 Trabajo ☐ 67.2 Hogar ☐ 67.3 Otro ☒

58. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 03

59. 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 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? 000 días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☒ 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.		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		87.7.1 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 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: 10:30

Nombre del Encuestado: Elvia Cardenas - 26687463

CC:

Firma del Encuestador:

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 26/04/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:00 (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 15246375
11. Fecha de nacimiento 19/11/1960 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Tovar
13. Segundo apellido Holguin
14. Primer nombre Orlando
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Mz 30 Casa 13
16.1 Barrio Villa Miraco
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 3113516342
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 [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: 02
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 [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Niña
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 Cl 21 #41-22
31.1 Barrio Villa Clara
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 [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 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? 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 [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 afillado?

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

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☒ 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)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cualitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frío)	✓	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 1:10 PM

Nombre del Encuestado: Orlando Tovar

CC: 1524 6375

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 26/04/2023 (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: 1067595086

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: 77095197
11. Fecha de nacimiento: 19/11/1963 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Armad
13. Segundo apellido: Alfaro
14. Primer nombre: Mendoza
15. Segundo nombre: Heredia
16. Dirección residencia: Cl 21 # 12-64
16.1 Barrio: Villa clara
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: 3045196199
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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
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 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 21 Diag cr4
31.1 Barrio: Villa Clara
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 [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 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? 12
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 70 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 150 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 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)	
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) [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 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 [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 [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: 09 PM

Nombre del Encuestado: Armando Mendoza - 77015192

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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 99 (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 [ ] 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 1524619
11. Fecha de nacimiento 19740705 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido De avila
13. Segundo apellido Rodriguez
14. Primer nombre Jose
15. Segundo nombre Asuncion
16. Dirección residencia Casa 11
16.1 Barrio Alamos 2 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 3118107106
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 [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: 17
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? Ninguno
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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación cll 21 # 12-24
31.1 Barrio Villa clara 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 [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 trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 17 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 63 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 159 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 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? 06 días

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

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 02

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunto 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 lacer ación 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 nterno			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	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) [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 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		87.7.1 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 [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 [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: 09:50

Nombre del Encuestado: Jose de avila — 1524661 9

CC:

Firma del Encuestador:

La salud es de todos | Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD | HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 26/04/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:20 (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: 1067595680

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 77162128
11. Fecha de nacimiento 01/04/1977 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Padilla
13. Segundo apellido: Cantillo
14. Primer nombre: Wilmer
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Cl 71 # 17-77
16.1 Barrio: Villa Clara
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: 3104507979
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 [ ] 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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
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 [ ] 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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cl 71 Diag 4
31.1 Barrio: Villa Clara
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? Usufruct
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 [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 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? 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. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nueva EPS
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 95 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 193 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 S6) [ ]
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 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 novivas 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) [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 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 [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 [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: 09:36

Nombre del Encuestado: Wilmer padilla - 77102128

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021-04-09 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:53 (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: 1991751613

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 1066769852
11. Fecha de nacimiento 2006-11-14 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Cotes
13. Segundo apellido Mogo
14. Primer nombre Yesica
15. Segundo nombre Sandri
16. Dirección residencia Cra 20 A No 4-570
16.1 Barrio Las palmas 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 3116336719
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 [X]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 13
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 [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 [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 [ ] 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 Cra 4 A 27-25
31.1 Barrio Villa castro 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [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 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 [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? 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 ? 72 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 160 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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, 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 novivas 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.		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		87.7.1 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 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: 9:59

Nombre del Encuestado: X Yesica Cotes.

CC: 1066269852

Firma del Encuestador: Yesica Cotes

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 1 2 0 9 1 7 0 6 1 7 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 9 2 6 (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: 9 0 4 7 5 1 3

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 1 5 7 0 6 2 9 9
11. Fecha de nacimiento 1 9 7 7 0 3 3 1 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Vellojes
13. Segundo apellido Ollaqui
14. Primer nombre Alfredo
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia 17 B 4 89
16.1 Barrio Paraiso
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3 0 4 4 6 7 4 3 0 5
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario Incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 0 4
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? 0 1
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 1
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [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 cra 4 #21
31.1 Barrio villa castro
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál? 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 [ ] 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 0 7 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 1 0
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [7]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [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? Mutual Ser
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 5 0 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 9 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 0 [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
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? 15 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.		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. 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: 9:35

Nombre del Encuestado: xALFREDO

CC: 1520629

Firma del Encuestador: Fanneny Vega O.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2024/10/07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1020 (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: 94775113

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: 1003265448
11. Fecha de nacimiento: 19970911 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Mendoza 13. Segundo apellido: Castellar 14. Primer nombre: Jesus 15. Segundo nombre: Manuel
16. Dirección residencia: Calle 22 # 4-05
16.1 Barrio: Candelaria Sur 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: 3016078332
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 [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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? 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) [X] 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? Fonzoso

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. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 22 # 4-05 local 05
31.1 Barrio: Candelaria Sur 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 [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 02 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? [ ]
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 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? 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 ? 88 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 186 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 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? 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 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 ☐ 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 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, méduia 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.		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		87.7.1 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 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 resicuos? 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: 10:25

Nombre del Encuestado: Jesus Alvadoza

CC: 1003265448

Firma del Encuestador: Francisco Leyva O.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2027 10 07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1027 (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 1063718002
11. Fecha de nacimiento 19980102 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Gonzalez
13. Segundo apellido Acosta
14. Primer nombre Carlos
15. Segundo nombre Fernando
16. Dirección residencia Calle 32 A #32-36
16.1 Barrio 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 3216676765
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [X]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 16
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? 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) [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 Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 4 # 20-05
31.1 Barrio Candelaria Sur
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 01
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 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? 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 ? 75 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 180 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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, 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? 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 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 espiral, 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.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 1039

Nombre del Encuestado: Carlos Gonzalez

CC: 1063171862

Firma del Encuestador: Fanny Leyva O

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1: Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 2 3 1 0 0 7 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 0 8 3 7 (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: 99.777.513

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: 1065665947

11. Fecha de nacimiento: 1 9 9 3 1 0 1 3 (A A A A M M D D)

12. Primer apellido: Morelo 13. Segundo apellido: Mejia 14. Primer nombre: Benia 15. Segundo nombre: Esther

16. Dirección residencia: calle 25 B # 7-40

16.1 Barrio: 5 Noviembre 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda

16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna

17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular: 3 0 1 5 8 7 8 9 1 5 6 4

17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico: benia9mejia@hotmail.com

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 [X]

20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?

21. Años de escolaridad aprobados: 1 3

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? 0 3

25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 2

26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?

27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [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: Calle #21-4-07

31.1 Barrio: Candelaria Sur 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 [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 0 6 36.2 Meses [ ]

37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]

38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 9

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? 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 ? 5 9 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 6 0 centímetros

50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)

51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 0 0 horas

53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)

54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses

55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?

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? 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 laceracl{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 novivas 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 progunta 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: 10:47

Nombre del Encuestado: [redacted]

CC: 1.065[redacted]947

Firma del Encuestador: Fanny Leyva

La salud es de todos · Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD · HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021 11 07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 45 (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 84103403
11. Fecha de nacimiento 19 71 09 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Argote
13. Segundo apellido Daza
14. Primer nombre Frank
15. Segundo nombre José
16. Dirección residencia Mz 62 Casa 8
16.1 Barrio Villa Luciana
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 3017345206
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 [X] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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? 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 [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) [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 Cra 4 # 22-25
31.1 Barrio Villa Castro
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 [ ] 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 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 [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?
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 ? 161 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 [X] 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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 laceracíon 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)		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 progunta 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: 0953

Nombre del Encuestado: Frank Argote Daza

cc 84103403

Firma del Encuestador: Fanimorys Reyes O.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023 04 06 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:56 (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: 49.765.583

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 1065 611 403 11. Fecha de nacimiento 19/01/30 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Montes 13. Segundo apellido Cabaleta 14. Primer nombre Yuremis 15. Segundo nombre Margarita
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 3027291991718
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: 11
22. ¿Es usted cabeza de famílla? 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 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 [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) [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 Cra 4 — 20
31.1 Barrio Villa Castro 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? USO Fructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, 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? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? 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 ? 57 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1.50 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? 06 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? 02

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			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 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)	☑	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	☑
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

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

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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		87.7.1 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 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: 4:10 p

Nombre del Encuestado: Yurenis Montes

CC: 1065617903

Firma del Encuestador: [signature]

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2 0 2 3 1 1 0 7 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1 1 1 0 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 4 9 1 3 6 4 3

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 1 1 7 4 0 6 7 0 4 4
11. Fecha de nacimiento 1 9 9 1 1 0 3 2 9 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Guerra
13. Segundo apellido Cabrera
14. Primer nombre Brayan
15. Segundo nombre Enrique
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 3 2 1 7 7 2 4 1 3 2
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 [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 0 7
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? 0 4
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0 2
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [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 Cra 4-20-05
31.1 Barrio Villacastra
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 [ ] 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 1 0 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [X] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 0 8
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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? 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 ? 7 8 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1 0 5 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 0 0 horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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 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)	☑	85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	☑
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus	✓	85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		85.4.2 Eléctrico (alta y baja tensión, estática)	
85.3.3 Hongos	✓	85.4.3 Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia del nivel), condiciones de orden y aseo, (caídas de objeto)	
85.3.4 Ricketsias		85.4.4 Tecnológico (explosión, fuga, derrame, incendio)	
85.3.5 Parásitos		85.4.5 Accidentes de tránsito	✓
85.3.6 Picaduras		85.4.6 Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público, etc.)	
85.3.7 Mordeduras		85.4.7 Trabajo en alturas	
85.3.8 Fluidos o excrementos		85.4.8 Espacios confinados	
85.5. PELIGRO BIOMECÁNICO		**85.6. PELIGRO QUÍMICO**	
85.5.1 Postura (prolongada mantenida, forzada, antigravitacional)		85.6.1 Polvos (orgánicos, inorgánicos)	✓
85.5.2 Esfuerzo		85,6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo	✓	85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas		85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
85.7.5 Derrumbe			
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓		

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 Eslinga		87.8.1 Contra productos químicos líquidos	
87.5.1 Guantes de látex		87.6.1 Calzado de seguridad		87.7.2 Cinturón de seguridad		87.8.2 Alta visibilidad	
87.5.2 Guantes de Nitrilo		87.6.2 Calzado de trabajo		87.7.3 Arnés		87.8.3 Contra el frío	
87.5.3 Guantes de Neopreno		87.6.3 Calzado dieléctrico		87.7.4 Casco con barbuquejo		87.8.4 Propiedades electroestáticas	
87.5.4 Guantes de Malla		87.6.4 Calzado antiestático		87.7.5 Línea de vida		87.8.5 Contra calor y 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: 11:13

Nombre del Encuestado: Bryan Guema

CC: 1104067044

Firma del Encuestador: Fanioris Lequa Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2021-10-07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:15 (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: 1097175113

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 1067340017 11. Fecha de nacimiento 14-07-1975 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Ruiz 13. Segundo apellido Navarro 14. Primer nombre Laura 15. Segundo nombre Vanesa
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Villa Hermosa 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 3202152749135
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 [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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05 25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 04
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) [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 Cra 4 - 21-15
31.1 Barrio la palmas 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 05 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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. 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 ? 63 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 169 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 laceración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

Partes del cuerpo afectada	SI	NO	Partes del cuerpo afectada	SI	NO	72.11.1 ¿Cuál?
72.1 Cabeza y cuello			72.7 Manos			
72.2 Ojos			72.8 Miembros inferiores			
72.3 Tronco incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pelvis			72.9 Pies			
72.4 Torax			72.10. Ubicaciones múltiples			
72.5 Abdomen			72.11. Lesiones generales u otras. (Pasar a la pregunta 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.		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. 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: 1127

Nombre del Encuestado: LAURA RUA

CC: 1066349667

Firma del Encuestador: Fanchorys Tequia

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

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: 2023-10-07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:29 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1.065.[illegible]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 1065[illegible]513
11. Fecha de nacimiento 19/03/2000 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Jaramillo
13. Segundo apellido Franco
14. Primer nombre Victor
15. Segundo nombre Hugo
16. Dirección residencia Cra 5 Bis # 45-22
16.1 Barrio Los Milagros
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3[illegible]
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico Eghf536@hotmail.com

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 cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
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 [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? 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 [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 Cra 4 # 22 - 76
31.1 Barrio Villa Castro
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [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 15 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 16
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? 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 ? 57 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 175 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [X] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 [X] 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [X]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 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 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)			