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. 7

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: 11:57

Nombre del Encuestado: Victor Arevillo.

CC: 80719254.

Firma del Encuestador: Jonnorap 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: 2019 10 09 (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: 4.097.513

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 1003-313479
11. Fecha de nacimiento 2000 02 29 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Molina
13. Segundo apellido Bermudez
14. Primer nombre Yomer
15. Segundo nombre Enrique
16. Dirección residencia Cra 4 # 22-12
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 3007015358
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 [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 Calle 21 - 04 - 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 [ ] 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 [ ] 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 ? 73 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 171 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) [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, aceferado, 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		87.7.1 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: 11:49

Nombre del Encuestado: Yomer Molina

CC: 1003.313.479

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 1 7 1 0 1 0 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1 1 5 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: 1 0 7 7 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 1065834703
11. Fecha de nacimiento 1 9 9 1 0 7 1 1 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Jaramillo 13. Segundo apellido Perez 14. Primer nombre Victor 15. Segundo nombre Alfonso
16. Dirección residencia calle 24 # 16-07
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 3 1 0 7 1 0 1 5 4 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 [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 [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 1 1
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X] 23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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 [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 24 # 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 [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 [ ]
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 1
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 1 0
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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 ? 5 8 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 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 [ ] 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, ett.)	☑
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: 12:02

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 1065854868

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: 26/10/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:19 a (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: 1007596836

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 26749218
11. Fecha de nacimiento 19/07/1962 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Martinez
13. Segundo apellido Sanchez
14. Primer nombre Joana
15. Segundo nombre Maria
16. Dirección residencia Cll 49a # 4c-05
16.1 Barrio Amaneceres
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 3025132475
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? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [X] 26.8.1 ¿Cuál? Ninguno
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 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 # 23 17
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 [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 [ ]
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? 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 ? 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? 60

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)	
85.1.6. 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: 12:50

Nombre del Encuestado: Juana Martinez Sanchez - 26749218

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

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: 07/07/2023 (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: 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: 1067907627
11. Fecha de nacimiento: 25/05/2002 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Marquez
13. Segundo apellido: Tonia
14. Primer nombre: Edgar
15. Segundo nombre: Orlando
16. Dirección residencia: Cll 75 # 4F-13
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: 3145077194
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo — 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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 [ ] 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? 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 [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: Crr 4 # 23-74
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 [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 [ ] 36.2 Meses 03
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] 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 ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 — 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 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? 01

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☑ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

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 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: 11:30

Nombre del Encuestado: Edgar marquez — 1061907627

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: 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: 1067595826

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 1005233235 11. Fecha de nacimiento 26/07/2003 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Sanchez 13. Segundo apellido: Contreras 14. Primer nombre: Jairo 15. Segundo nombre: Andres
16. Dirección residencia: Cra 19 # 40-58
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: 3177053362
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: 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 [ ] 23.2 Con el cónyugue [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 06
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 20
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: 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 [ ] 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? Un fruto
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 [X]
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 [ ] 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 [ ] 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 ? 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? 09

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 76)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐☐☐ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:
84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☑ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

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

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		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: Jairo Sanchez - 1003235235

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: 2024 01 03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 75 (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: 1067595826

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 1007341-1
11. Fecha de nacimiento 2004 10 16 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Anaya
13. Segundo apellido Sarmiento
14. Primer nombre Maria
15. Segundo nombre Isabel
16. Dirección residencia Cll 45 # 35 B-142
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 3007728359
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: 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 [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? N/A
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 Pésca [ ] 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 Doc. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación Cra 4 H 23-36
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? Usafructo
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 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? 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 perteneca? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Coosalud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 78 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 ☐ 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 1 días

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

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o 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 apiastamiento			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: 10:30

Nombre del Encuestado: María anaya — 100 [illegible]611

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: 2023 04 06 (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 [ ] 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 1006744947
11. Fecha de nacimiento 2003 09 11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Jimenez
13. Segundo apellido Camargo
14. Primer nombre Diana
15. Segundo nombre Saray
16. Dirección residencia Cll 33 #70-62
16.1 Barrio Chiriqui 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 3233054083
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 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? 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? Niño
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 # 23-67
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? 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 [X] 34.4 Teléfono fijo [X] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años [ ] 36.2 Meses 05
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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? Anglogas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 74 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 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 [X] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [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? 30 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 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		85.6.2 Fibras	
85.5.3 Movimiento repetitivo		85.6.3 Líquidos (nieblas y rocíos)	
85.5.4 Manipulación manual de cargas	X	85.6.4 Gases y vapores	
		85.6.5 Humos (metálicos, no metálicos)	
85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES			
85.7.1 Sismo			
85.7.2 Terremoto			
85.7.3 Vendaval			
85.7.4 Inundación			
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: 0930

Nombre del Encuestado: Diana Jimenez — 1006744947

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

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: 2023/04/10 (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: 1067595586

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: 1065590230
11. Fecha de nacimiento: 2001/09/15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Sampler
13. Segundo apellido: Miranda
14. Primer nombre: Kayla
15. Segundo nombre: Karolina
16. Dirección residencia: Cll 16 Mz 2 Cas 1 Apto 1
16.1 Barrio: Esperanza Linda
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: 3007573904
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? 000
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 000
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 [ ] 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: Cr 4 H 2L-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 [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 [ ] 36.2 Meses [06]
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 [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 [ ] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 83 kilogramos — 49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? — 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 — 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? — 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? — 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? — 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? — 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? — 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? — 61.1. Diario [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 78)

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: 09:15 AM

Nombre del Encuestado: Kayla Samper — 1065590280

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

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: 2023/01/03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:14 (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: 1067595786

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 1117520401
11. Fecha de nacimiento 2004/08/04 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Brito
13. Segundo apellido Mejia
14. Primer nombre Carlo
15. Segundo nombre Valentino
16. Dirección residencia MZ35 CSA 7
16.1 Barrio Villa mirian 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 3215421350
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? 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 Cra 4 # 73-57
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 2 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 99
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 [X] 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? Ambuq
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 89 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 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? ☐☐ 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 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			
73.5 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, intermitante, 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: 10:15

Nombre del Encuestado: Chadia Bato - 1121530461

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: 17/11/2023 (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: 1067695676

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 19/06/1988 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 1067969676
12. Primer apellido: Mendoza 13. Segundo apellido: Cuello 14. Primer nombre: Jose 15. Segundo nombre: Edelberto
16. Dirección residencia: Cll 45 # 4 - 11
16.1 Barrio: Panama 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 3216911966
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: 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 [ ] 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? 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 [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 # 23 - 26
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 [ ] 36.2 Meses 00
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 [X] 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 ? 73 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? [ ] 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 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		87.7.1 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 [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: 12:10

Nombre del Encuestado: Jose mendoza - 77021967

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 91122021

¿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: 08 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: 1007591636

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 1005655255 11. Fecha de nacimiento 19 93 05 11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Daniel 13. Segundo apellido Barrera 14. Primer nombre Wendy 15. Segundo nombre Juana
16. Dirección residencia Cl 73 # 29-49
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 3216455436
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 aprobadas: 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? 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 [ ] 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 [ ] 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 # 22-94
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 [ ]
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 [ ] 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] 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? 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 ? 67 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 77 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56) [ ]
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☑ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☑ 65.2 NO ☐

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 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: 0950

Nombre del Encuestado: Wendy Bernier 1065655285

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 10 04 (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 730 00 345
11. Fecha de nacimiento 1973 11 16 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Mendoza
13. Segundo apellido
14. Primer nombre Carmen
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Cll 6 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 3155833170
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: 03
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 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 [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 Dag 21 # 128-207
31.1 Barrio las delicias
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 [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 01 36.2 Meses [ ]
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? 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? 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 ? 73 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [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 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					
87.5.1 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: Carmen Mendoza - 27006345

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 06 10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:52 (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: 49771793

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 1126239734
11. Fecha de nacimiento 19 04 27 10 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Saavedra 13. Segundo apellido Velasquez 14. Primer nombre Belkis 15. Segundo nombre Concepción
16. Dirección residencia MZ 12 Casa 3
16.1 Barrio Casimiras 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 3046720 7946
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? 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 Dig 21 # 13-103
31.1 Barrio Av Fundación 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 12 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? Cosalud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 64 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1,61 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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 [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? 01

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.9 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			79.13 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: 9:57

Nombre del Encuestado: Berkis Saavedra

cc: 1122392234

Firma del Encuestador: Fanneryz Leyva Ordonez

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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 10 04 (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: 9071543

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 77029567 11. Fecha de nacimiento 19 11 06 09 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Yanes 13. Segundo apellido Villa 14. Primer nombre Edwin 15. Segundo nombre Jose
16. Dirección residencia calle 6 # 42-79
16.1 Barrio Nevada 16.2 Centro Poblado 16.3 Vereda
16.4 Localidad 16.4.1. Número de la localidad 16.5 Comuna 16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo 17.1 Teléfono celular 3105632432
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 [ ] 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? 3 4
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [X] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [X] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 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 Diag 7 # 18
31.1 Barrio Av. fundación 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 07 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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 ? 65 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [X] 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 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		87.7.1 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: 9:45

Nombre del Encuestado: Edwin José Yanes. V.

CC: 72189567

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 — 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 04 10 (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 [ ] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1047

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 1003827271
11. Fecha de nacimiento 2000 10 30 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Lopez
13. Segundo apellido Calle
14. Primer nombre Alvis
15. Segundo nombre Jose
16. Dirección residencia Calle 6 #40 55
16.1 Barrio Nevada
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3012539179
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [X]
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 [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 Diag 21
31.1 Barrio 1 Mayo
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 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 06 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 [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 ? 72 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 170 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? 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? 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 Maquinas 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: 9:52

Nombre del Encuestado: Alicia Lopez Yanes

CC: 1003392?1

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: 2021 10 04 (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: 1007775513

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 1065594800
11. Fecha de nacimiento 2000 06 13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Lopez
13. Segundo apellido Vanegas
14. Primer nombre Melina
15. Segundo nombre Andrea
16. Dirección residencia Calle 6 # 92-79
16.1 Barrio Nevada
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3002105737
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 [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: 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? 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 Diagonal 21.
31.1 Barrio 1 Mayo
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 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 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? 05
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 ? 59 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 [X] 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 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 ☐

77.5 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 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: Medina Andres Lopez

CC: 1065594800

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: 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: 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 57406316
11. Fecha de nacimiento 1974 05 11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Bustamante 13. Segundo apellido Ariza 14. Primer nombre Yolmaris 15. Segundo nombre Milena
16. Dirección residencia Calle 33 # 20-30
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 3017032531
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 [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál? 21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 07
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 07
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 Dg 21 # 18
31.1 Barrio Av Fundación 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 07 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [6] 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 ? 77 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? 0 0 3 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. 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 06

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 5[illegible]0636

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: 2021 10 19 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 08 (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: 49731513

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 1067594503
11. Fecha de nacimiento 2000 04 09 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Romo
13. Segundo apellido Guzman
14. Primer nombre Maria
15. Segundo nombre Guadalupe
16. Dirección residencia: Cra 27 #29-25
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 3007752403
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 [ ] 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 27 # 29-25
31.1 Barrio 1 Mayo
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? 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 ? 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? 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? [ ][ ]

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 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 [ ] (Posar 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: 16 | 9

Nombre del Encuestado: María Guadalupe

CC: 1067344503

Firma del Encuestador: Francorly Tejua

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 91122021

¿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: 10 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: 49711573

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 1007592934
11. Fecha de nacimiento 2001 10 07 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rudiaz
13. Segundo apellido Herrera
14. Primer nombre Saray
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Calle 18 #7B-76
16.1 Barrio El Dpto
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 3007645139
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [ ] 22.2. NO [X]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 00
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 00
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [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 Diag. 21 # 30-18E
31.1 Barrio AV. Fundación
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 [ ]
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 09
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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 ? 70 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 [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 laceraci[on de musculo o tendón, sin her.da			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: 4:07 PM

Nombre del Encuestado: Gray Bidlar

CC: 1007592934

Firma del Encuestador: Yancarlos Leyes

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

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: 10/11/2004 (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: 1047437513

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 1047437513
11. Fecha de nacimiento 05/05/2004 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Gomez
13. Segundo apellido Ospino
14. Primer nombre Sara
15. Segundo nombre Samanta
16. Dirección residencia Mz 57 Casa 6
16.1 Barrio Maria Camila
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 3216077139
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 [ ] 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? 05
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 [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 Diag 21 #18D 66
31.1 Barrio AV - Fundación
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [X] 34.3 Alcantarillado [X] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [X]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 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 [ ] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [X] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [6]
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 ? 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? 01

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

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: 1075

Nombre del Encuestado: Sara Sanabria G.

CC: 1011082773

Firma del Encuestador: Faninoys Reyes

La salud es de todos — Minsalud

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2023

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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 5 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1 0 2 9 (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 3 7 5 2 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 1063482764 11. Fecha de nacimiento 2 0 0 4 0 9 1 4 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Correa 13. Segundo apellido Vargas 14. Primer nombre Shor 15. Segundo nombre Jairo
16. Dirección residencia MZ G Casa 16
16.1 Barrio Rafael Escalona 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 9 2 9 1 1 4 5 2 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 [ ] 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: 1 1
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 [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 Diag 21 Cra 18 E
31.1 Barrio AV fundación 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 [ ] 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 0 0 36.2 Meses 0 9
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 [ ] 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? Cavacobi
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 7 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 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 3 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 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 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: 10:35

Nombre del Encuestado: Jhon J. Correa

CC 1066348754

Firma del Encuestador: Fanino 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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 04 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10:46 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC ☑ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐
4. Número del documento de identificación del encuestador: 9771513

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 1065607354
11. Fecha de nacimiento 19/03/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Jimenez
13. Segundo apellido Viana
14. Primer nombre Yenis
15. Segundo nombre Paola
16. Dirección residencia MZ 3 y casa 49
16.1 Barrio Los Angeles 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 3105305359
17.2 Teléfono vecino 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M ☐ 18.2 F ☑ 19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado ☐ 19.2 Soltero ☑ 19.3 Viudo ☐ 19.4 Unión libre ☐ 19.5 Separado ☐
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta ☐ 20.3 Secundaria incompleta ☐ 20.5 Técnico ☐ 20.7 Universitario incomplet ☐ 20.9 Ninguna ☐
20.2 Primaria completa ☐ 20.4 Secundaria completa ☐ 20.6 Tecnológic ☐ 20.8 Universitario completo ☐ 20.10 Otro ☐
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI ☑ 22.2. NO ☐
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie ☑ 23.2 Con el cónyugue ☐ 23.3 Con otros ☐
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 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 ☑ 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 Diag 21 # 18E
31.1 Barrio AV Fundación 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 07 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante ☐ 37.2 Estacionaria ☑ 37.3 Semiestacionaria ☐
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna ☑ 38.2 Nocturna ☐ 38.3 Mixta ☐ 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo ☐ 41.2 Un salario mínimo ☑ 41.3 Más de un salario mínimo ☐

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI ☑ 42.2. NO ☐ 42.3. No sabe ☐
43. A qué régimen perteneca? 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? Asmetsalud
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI ☐ 46.2. NO ☑ 46.3. No sabe ☐
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 72 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 164 centimetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI ☐ 50.2 NO. (Pasar pregunta 53) ☑
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 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) ☑
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI ☑ 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) ☐
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario ☑ 61.2. Semanal ☐ 61.3. Quincenal ☐ 61.4. Ocasional ☐

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 0 0 días

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

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u 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 ambientanvenenamiento 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 utilize 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: 1057

Nombre del Encuestado: Yenis Paola Jimenez

CC: 1065907354 Firma del Encuestador: Yaninson 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

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 0 4 0 9 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1 0 5 9 (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 1256d007
11. Fecha de nacimiento 1 9 7 0 1 0 1 1 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Suarez
13. Segundo apellido Cra 30 Bis #17-01
14. Primer nombre Miller
15. Segundo nombre Enrique
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Bolan
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 7 2 5 4 3 6 7
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? 0 3
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [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 [X] 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 Diag 21 # 18D
31.1 Barrio AV Fundación
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 3 0 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 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 [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen perteneca? 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 ? 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? 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 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 otros. (Pasar a la pregunta 72.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

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

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

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☑ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo? _____

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación? _____

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál? _____

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ☐☐☐ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál? _____

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad? _____

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☑ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

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

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	✓
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: 11:07

Nombre del Encuestado: Hebert Suarez

cc: 1256660.2

Firma del Encuestador: Fanneys 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

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: 2023/12/04 (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: 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 1067715365
11. Fecha de nacimiento 1994/10/05 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Perez
13. Segundo apellido: Salinas
14. Primer nombre: Luz
15. Segundo nombre: Mery
16. Dirección residencia: Cl 50 #75-62
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: 3017749327
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 [ ] 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 [ ] 28.3 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: Dg 21-18 E
31.1 Barrio: AV Fundacion
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [X] 33.3 Otro [ ] 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [ ] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [ ] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 07 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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 ? 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? 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 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: 1047

Nombre del Encuestado: Luz Perez

cc: 1067715365 Firma del Encuestador: Fanny 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: 25/07/2023 (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: 1067591536

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: 45313038
11. Fecha de nacimiento: 19/08/1976 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gavette 13. Segundo apellido: Barcio 14. Primer nombre: Raul 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Villa Castro 16.2 Centro Poblado: CL 20H # 250 AP1 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: 3191395489
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 [ ] 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: Diag 21 # 207-128
31.1 Barrio: Las delicias 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 [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 [ ] 36.2 Meses 03
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 [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 85 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 [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 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 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: 04 10

Nombre del Encuestado: Paul Guette 8531308

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 10 (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: 1067595683

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 1714293327 11. Fecha de nacimiento 19 04 03 17 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Gonsales 13. Segundo apellido Mz 50 Cas 30 14. Primer nombre Jose 15. Segundo nombre Eldibey
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Villa Damaris 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 3006076127
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 [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? 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 Diag 17a - 207
31.1 Barrio las delicias 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 [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 09 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 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 ? 72 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 82 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☑ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

68. ¿Cuántos accidentes ha sufrido en los últimos 12 meses? 05

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: 1150

Nombre del Encuestado: Jose Orivales - 1312933 2

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: [illegible] (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: [illegible] (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: 1067591568

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 33119479
11. Fecha de nacimiento 19590801 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Cordero 13. Segundo apellido Cortes 14. Primer nombre Adriana 15. Segundo nombre
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 3154795125
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 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? 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 Diag 21 128-207
31.1 Barrio las delicias 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar 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 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? 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? 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 ? 64 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

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: 11:30

Nombre del Encuestado: Viviana Cardeño - 33192479

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: 2023/04/10 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:11 (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 76022659
11. Fecha de nacimiento 1994/05/13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Royert
13. Segundo apellido Sarmiento
14. Primer nombre Zulia
15. Segundo nombre Cristina
16. Dirección residencia MZ 13 CS 7
16.1 Barrio villa mingan
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 3017245915916
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: 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 [ ] 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? 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 Diag 21 # 57-39
31.1 Barrio las delicias
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 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? 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 [ ] 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 ? 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

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 [X] 86.2 NO. (Pasar pregunta 88) [✓]

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

87.1. PROTECCIÓN DE LA CABEZA		87.2. PROTECCIÓN OCULAR		87.3. PROTECCIÓN DEL OIDO		87.4. PROTECCIÓN RESPIRATORIA	
87.1.1 Cascos para usos especiales.		87.2.1 Gafas de montura universal con o sin protecciones laterales.		87.3.1 Orejeras		87.4.1 Tapabocas	
87.1.2 Cubrecabezas ligeros de protección del cuero cabelludo.		87.2.2 Gafas de montura integral.		87.3.2 Tapones para los oídos de uso múltiple o desechable		87.4.2 Máscaras para gases	
87.1.3 Prendas de protección para la cabeza.		87.2.3 Gafas de protección contra los rayos X, rayos láser, rayos ultravioletas,infrarrojos y visibles.		87.3.3 Protectores auriculares		87.4.3 Máscaras para vapores	
87.1.4 Sombrero		87.2.4 Pantalla facial.		87.3.4 Cascos 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: 0710

Nombre del Encuestado: Julia Royett - 26022659

CC:

Firma del Encuestador:

SUBDIRECCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 20/04/2023 (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: 1067591568 6

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 [1] 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: 1.24856218
11. Fecha de nacimiento: 19/06/1980 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Caballero
13. Segundo apellido: C 123 # 130
14. Primer nombre: Cristiana
15. Segundo nombre: del Carmen
16. Dirección residencia
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: 3185949970
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 [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? 06
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 [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: Diag 21 # 22-52
31.1 Barrio: delicias
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, 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 [ ] 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? 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 ? 62 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? 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 antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. ✓

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 1:12 p

Nombre del Encuestado: cassiana caballero – 12488218

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: 25/11/2023 (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: 1067551563 6

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: 26240405
11. Fecha de nacimiento: 19/04/1936 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Castillo
13. Segundo apellido: Rivera
14. Primer nombre: Beatriz
15. Segundo nombre: Elena
16. Dirección residencia: CR 30 # 30-35
16.1 Barrio: San Francisco
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: 3178571553
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 [ ] 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: Diag 24 # 52-33
31.1 Barrio: las delicias
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 [ ] 36.2 Meses 05
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 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 Cosalud
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 ? 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? 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 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: 11:05:00

Nombre del Encuestado: Beatriz Castillo – 26840405

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 01 (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: 1065914876

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 9053504
11. Fecha de nacimiento 1994 04 26 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rivera
13. Segundo apellido Yepez
14. Primer nombre Sergio
15. Segundo nombre Manuel
16. Dirección residencia Cr # 759-21
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 3126410920
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [X] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 04
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
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 [ ] 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 Diag 21 # 82-64
31.1 Barrio las delicias
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 [ ] 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? 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 ? 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? [ ] 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? 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 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: 12:36

Nombre del Encuestado: Sergio Rivera- 9058501

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: 20/11/2021 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:40 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [x] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [x] 5.2 SI [ ] 5.2.1 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: 30061152
11. Fecha de nacimiento: 13/07/1969 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Alvarez 13. Segundo apellido: De Duarte 14. Primer nombre: Virgelina 15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: CVY # 15b
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: 3011535959
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: 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? 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: Diag 21 # 58-63
31.1 Barrio: las delicias 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [x]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [x] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [x] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [x] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [x] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 05 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [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? Asmetsalud
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 ? 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? [ ] 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	✓	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: 0915

Nombre del Encuestado: Virgelina de Duarte - 30061152

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: 26/09/2023 (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: 1067595676

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 19/09/2002 (A A A A M M D D)
9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ] 1067972005
12. Primer apellido: Jimenez 13. Segundo apellido: 14. Primer nombre: Ana 15. Segundo nombre: Elsa
16. Dirección residencia: Transversal 22 # 16 C - 78
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: 3107439302
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: 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? 0
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 0
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 [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: Diag 21 # 207 - 128
31.1 Barrio: las delicias 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 [ ]
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 [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 ? 74 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 ☑ 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 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: 09:35

Nombre del Encuestado: Ana Jimenez – 42492005

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: 10/11/2023 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 9:40 (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: 1067535636

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 1065566824 11. Fecha de nacimiento 13/03/2003 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Steer 13. Segundo apellido Castelar 14. Primer nombre Eliana 15. Segundo nombre Maria
16. Dirección residencia Cl 29 # 4J-04
16.1 Barrio villa el 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 3015534824
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: 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? 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) [ ] 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 26 # 19a-66
31.1 Barrio Dangon 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 [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. [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 ? 60 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1.75 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] 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 [X] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☑ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☐ 63.2 NO ☑

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

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

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

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

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☑ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ___ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☑ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

85.7.PELIGRO POR FENÓMENOS NATURALES	
85.7.1 Sismo	
85.7.2 Terremoto	
85.7.3 Vendaval	
85.7.4 Inundación	
85.7.5 Derrumbe	
85.7.6 Precipitaciones (lluvias, granizadas, heladas)	✓

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

87. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección personal utiliza en la realización de su oficio u ocupación? (Marcar 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: Elianna Steer 1065566984

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 — 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 ☑

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 / 10 / 03 (A A A A M M D D) — 2. Hora de inicio: 11:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC ☑ CE ☐ TI ☐ PA ☐ CD ☐
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067595636

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: 1073609910
11. Fecha de nacimiento: 17/07/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Morales
13. Segundo apellido: Morales
14. Primer nombre: Luz
15. Segundo nombre: Carina
16. Dirección residencia: Mz 46 Casa 45
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: 3126511391
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo: 18.1 M ☐ 18.2 F ☑
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado ☐ 19.2 Soltero ☐ 19.3 Viudo ☐ 19.4 Unión libre ☐ 19.5 Separado ☑
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta ☐ 20.3 Secundaria incompleta ☐ 20.5 Técnico ☐ 20.7 Universitario incomplet ☐ 20.9 Ninguna ☐
20.2 Primaria completa ☐ 20.4 Secundaria completa ☐ 20.6 Tecnológic ☑ 20.8 Universitario completo ☐ 20.10 Otro ☐
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI ☑ 22.2. NO ☐
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie ☑ 23.2 Con el cónyugue ☐ 23.3 Con otros ☐
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena ☐ 26.2 Afro colombiano ☐ 26.3 Negro ☐ 26.4 Raizal ☐ 26.5 ROM ☐ 26.6 Mestizo ☐ 26.7 LGBTI ☐ 26.8 Otro ☑ 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) ☑
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: Cl 16 # 22-34
31.1 Barrio: Dangond
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI ☑ 32.2 NO ☐
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio ☐ 33.2 Arrendado ☑ 33.3 Otro ☐ 33.3.1 ¿Cuál?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía ☑ 34.2 Acueducto ☑ 34.3 Alcantarillado ☑ 34.4 Teléfono fijo ☐ 34.5 Teléfono móvil ☑ 34.6 Gas ☑
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI ☑ 35.2 NO ☐
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, 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 ☐
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? 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 ☐ 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? Mutualser
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 ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI ☐ 50.2 NO (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? ☐☐ horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI ☐ 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? ☐☐☐ meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente?
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI ☐ 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, otres):
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 lacaraci(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			79. 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 explosivos			
			73.16 Otro? (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 76)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Emoresa 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. PEUGRO FISICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitente, continuo)		85.2.1. Gestión organizacional (estilo de mando, pago contratación, participación, inducción y capacitación, bienestar social, evaluación del desempeño, manejo de cambios)	
85.1.2. Iluminación (luz visible por exceso o deficiencia)		85.2.2 Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología, organización del trabajo, demandas cuantitativas y cuantitativas de la labor)	
85.1.3. Vibración (cuerpo entero, segmentaria)		85.2.3 Características del grupo social de trabajo (relaciones, cohesión, calidad de interacciones, trabajo en equipo)	
85.1.4. Temperaturas extremas (calor y frio)		85.2.4 Condiciones de la tarea (carga mental, contenido de la tarea, demandas emocionales, sistemas de control, definición de roles, monotonía, etc.)	✓
85.1.5. Presión atmosférica (normal y ajustada)		85.2.5 Interfase persona - tarea (conocimientos, habilidades en relación con la demanda de la tarea, iniciativa, autonomía y reconocimiento, identificación de la persona con la tarea y la organización)	
85.1.6. Radiaciones ionizantes (rayos x, gama, beta y alfa)		85.2.6 Jornada de trabajo (pausas, trabajo nocturno, rotación, horas extras, descansos)	
85.1.7. Radiaciones no ionizantes (láser, ultravioleta, infrarroja, radiofrecuencia, microondas)			

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

CARRERA 9 No 168-51 Barrio El Centro 2 piso
e-mail: salud@valledupar-cesar.gov.co

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: 11:15

Nombre del Encuestado: Luz Morales - 1073604914

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: 2024 11 03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:12 (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: 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 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento 1065664416
11. Fecha de nacimiento 1994 10 03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Barreto
13. Segundo apellido Contreras
14. Primer nombre Leidy
15. Segundo nombre Sareth
16. Dirección residencia NO sabe
16.1 Barrio Lorenzo 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 3115991358
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 [ ] 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 [ ] 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 Cl 16 H 19a-60.
31.1 Barrio Dangond
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 [ ] 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? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [X] 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Cosalud
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 ? 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 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 73.11.1)			
72.6 Miembros superiores						

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

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

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ___ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☑

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

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

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

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

87.5. PROTECCIÓN EXTREMIDADES SUPERIORES		87.6. PROTECCIÓN EXTREMIDADES INFERIORES		87.7. OTROS ELEMENTOS		87.8. ROPA DE PROTECCIÓN	
MANOS		PIES		87.7.1 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: 11:30

Nombre del Encuestado: Deidy Barreto – 1065664416

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

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

Versión: 01 — Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 03 (A A A A M M D D) — 2. Hora de inicio: 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: 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 — 9.1. CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 1065859126
11. Fecha de nacimiento: 19 10 05 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Coper
13. Segundo apellido: Mendoza
14. Primer nombre: Linda
15. Segundo nombre: Marcela
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Alandomaria — 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: 3207678516
17.2 Teléfono vecino — 17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo — 18.1 M [ ] 18.2 F [X]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [X] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su 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) [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 2015)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cl a 16 #12-22
31.1 Barrio: Dangon — 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 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? 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? Mutualser
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 68 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? 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		87.7.1 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: 10:59

Nombre del Encuestado: Linda Lopez - 1065051924

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

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 10 05 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 10 16 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 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 1067945687
11. Fecha de nacimiento 1996 05 15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Arnedo
13. Segundo apellido Leon
14. Primer nombre Mercy
15. Segundo nombre Luz
16. Dirección residencia Mz 46 Casa 03
16.1 Barrio Vp 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 3125619468
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? 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 [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 16 # 22-43
31.1 Barrio Pangano
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar 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 [X]
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? 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 ? 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 torcadura, 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			
73.5 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, considere 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: 9:10 AM

Nombre del Encuestado: Mercy Arnedo - 44794588

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: 15/04/2024 (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: 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: 9.1 CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 1067595636
11. Fecha de nacimiento: 20/10/1995 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Pedroza
13. Segundo apellido: Mendoza
14. Primer nombre: Shard
15. Segundo nombre: Yuleth
16. Dirección residencia: Cll 35A # 4-40
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: 3009159794
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: 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? 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 [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Wing
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 [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecónica [ ] 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 16H 22-68
31.1 Barrio: Dangond
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 [ ] 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? 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 [ ] 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 ? 49 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.71 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 torcadura, esguince, desgarro muscular, hernia o lacaración de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambienteenvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

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

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

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☑ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ___ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☑ 84.3 Poco seguro ☐ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. ✓

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

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

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

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

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

Hora de terminación: 10:10

Nombre del Encuestado: Shanol Penuzo - 1066871514

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: 20 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: 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: 1003232177
11. Fecha de nacimiento: 07 06 1997 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gallardo
13. Segundo apellido: Ortega
14. Primer nombre: Carmen
15. Segundo nombre: Irene
16. Dirección residencia: Cra 12 # 25a-120
16.1 Barrio: 12 de Oct
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: 3129153379
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 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? 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) El 16 #17-67
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación
31.1 Barrio: Dangond
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 [ ] 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 [ ] 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 ? 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? 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 torcadura, 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 76)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? ___ días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☑ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

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

85.3. PELIGRO BIOLÓGICO		85.4. PELIGRO POR CONDICIONES DE SEGURIDAD	
85.3.1 Virus		85.4.1 Mecánico (elementos o partes de máquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados sólidos o fluidos)	
85.3.2 Bacterias		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 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 [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: 09:50

Nombre del Encuestado: Carmen Gallardo - 1003232177

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

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: 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: 1067594536

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 1067594536 11. Fecha de nacimiento 1983 10 04 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Daza 13. Segundo apellido Bolaño 14. Primer nombre Jindy 15. Segundo nombre Lorena
16. Dirección residencia Cl 21 3E 126
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 3126440405
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 [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál? Niña
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 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 16 #19a-72
31.1 Barrio Dangon 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar 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 [ ] 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? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 41.2 Un salario mínimo [X] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. Exceptuado o de excepción [ ] 43.4. Especial [ ]
44. En su régimen de salud, usted es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Nutreser
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 ? 52 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58)
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [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 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: 2430

Nombre del Encuestado: Sindy Daza - 1127590036

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 03 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09:00 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1667595686

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

5. ¿Usted pertenece a un grupo organizado de trabajadores informales? 5.1 NO [X] 5.2 SI [ ] 5.2.1 Cuál?
6. Departamento de residencia: Cesar (tabla)
7. Municipio de residencia: Valledupar (tabla)
8. Clase de municipio 8.1 Cabecera municipal [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 1193524840
11. Fecha de nacimiento 19/09/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Herrera
13. Segundo apellido Perez
14. Primer nombre Lurent
15. Segundo nombre Vanesa
16. Dirección residencia
16.1 Barrio Tierra prom 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 3113490003
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: 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? 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) [X]
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 [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 16 #19-62
31.1 Barrio Dangon 31.2 Centro Poblado 31.3 Vereda
31.4 Localidad 31.4.1. Número de la localidad 31.5 Comuna 31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [ ]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar 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 [ ] 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 ? 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 [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? 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 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: 0910

Nombre del Encuestado: Laurent Herrera — 1193524840

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

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: 2024/10/15 (A A A A M M D D) — 2. Hora de inicio: 11:09 (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: 1.07.196.513

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 [ ] 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: 1003234616
11. Fecha de nacimiento: 2004/10/15 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Moros
13. Segundo apellido: Acosta
14. Primer nombre: Sabrina
15. Segundo nombre: de los Angeles
16. Dirección residencia: Mz F1 casa 23
16.1 Barrio: Villa Dorada
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: 3004169413116
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? 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 [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 16 H 19
31.1 Barrio: Dangon
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? Ventrato
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 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? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 [X] 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 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 [X] 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 ? 75 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 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: [signature]

CC: 1003234616

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 — 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: 05/Julio/2023 (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: 1193575573

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: 1007879518
11. Fecha de nacimiento: 27/10/2002 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Coronado
13. Segundo apellido: Palomo
14. Primer nombre: Eder
15. Segundo nombre: Andres
16. Dirección residencia: Calle 16 # 19A 32
16.1 Barrio: Dangon
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3001245437 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 [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 [ ] 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? 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 [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Calle 16 #19 16
31.1 Barrio: Dangon
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? Ventruchta
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 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? 02
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 ? 72 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1,77 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 [X] 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 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.)	✓
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: 11:03

Nombre del Encuestado: EDER ANDRES G

CC: 1001879579

Firma del Encuestado:

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: 2021-04-01 (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: 49777013

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: 39104167
11. Fecha de nacimiento: 19/10/1971 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Daza
13. Segundo apellido: Muñoz
14. Primer nombre: Dorys
15. Segundo nombre: Natanel
16. Dirección residencia: Calle 17 # 9A - 30
16.1 Barrio: villa del rosario 10
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: 3117941715
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo — 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [X] 19.3 Viudo [ ] 19.4 Unión libre [ ] 19.5 Separado [ ]
20. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
20.1 Primaria incompleta [ ] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [X] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 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 [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. 1363 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: calle 16 cra 19
31.1 Barrio: Dangon
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 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? 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, ustad es 44.1. Cotizante [ ] 44.2. Beneficiario [X]
45. ¿Cuál es el nombre de la EPS a la cual se encuentra afiliado? Sanitas
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 76 kilogramos — 49. ¿Cuál es su estatura ? 170 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) [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 [ ]

48

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 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: 10:36

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 84044167 Firma del Encuestado: [illegible]

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: 2023 10 10 (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: 94[illegible]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: 1707[illegible]193
11. Fecha de nacimiento: 1976 01 13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Montenegro
13. Segundo apellido: Gorrales
14. Primer nombre: Rosa
15. Segundo nombre: de Jesus
16. Dirección residencia: Calle 1 Norte 5ª Apto 10-3
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: 3115[illegible]
17.2 Teléfono vecino
17.3. Correo electrónico

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

18. Sexo — 18.1 M [X] 18.2 F [ ]
19. ¿Cuál es su estado civil actualmente? 19.1 Casado [ ] 19.2 Soltero [ ] 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: 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 [ ] 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: Calle 16 #19-a
31.1 Barrio: Dangon
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 [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 [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 [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 ? 1.74 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 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: 14:23

Nombre del Encuestado: José Montenegro

CC: 77024193

Firma del Encuestador: Fanenbrup Yeyva

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

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: 9:05 (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: 1129795173

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: 49779946
11. Fecha de nacimiento: 19/05/1972 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Baroncica
13. Segundo apellido: Maldonado
14. Primer nombre: Zunilda
15. Segundo nombre: Luz
16. Dirección residencia: Cra 26 #14F-28
16.1 Barrio: Oasis
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3044225637
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 [ ] 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 16 #19
31.1 Barrio: Bayon
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 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? 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? 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 ? 154 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 55) [ ]
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? 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 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, 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: 10:10

Nombre del Encuestado: Zunilda Bocanegra

cc: 49779846

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: 2021 (A A A A) 10 (M M) 15 (D D)
2. Hora de inicio: 09 (H H) 16 (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 [ ] 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: 1077161331
11. Fecha de nacimiento: 1996 (A A A A) 10 (M M) 15 (D D)
12. Primer apellido: Lagana
13. Segundo apellido: Figueroa
14. Primer nombre: Baine
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: cra 35 # 803
16.1 Barrio: Primero de mayo
16.2 Centro Poblado:
16.3 Vereda:
16.4 Localidad:
16.4.1. Número de la localidad:
16.5 Comuna:
16.5.1. Número de la comuna:
17. Teléfono fijo:
17.1 Teléfono celular: 3149215R708
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 [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [x] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [x] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [x] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [x]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [x] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1583 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: calle 16 #19A-160 - 60
31.1 Barrio: Dangon
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? Usofructo
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 07 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [x] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [x] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 [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 ? 52 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 171 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 [x] 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 07 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 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 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.)	✓
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: 9:51

Nombre del Encuestado: BLAD

CC: 1007216131

Firma del Encuestador: Fanino 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 — 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: 2017 11 10 03 (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: 1067545686

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: 1065615970
11. Fecha de nacimiento: 19 10 10 14 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Rojano
13. Segundo apellido: Pava
14. Primer nombre: Evelyn
15. Segundo nombre: Joana
16. Dirección residencia: Dig 20 # 40-35
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: 3145654087
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? 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) [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 [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 16 #19a-22
31.1 Barrio: Dangond
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 [ ] 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 [ ] 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? 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? Caja COPI
46. ¿Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones? 46.1 SI [ ] 46.2. NO [X] 46.3. No sabe [ ]
47. ¿Cuál es el nombre de la AFP a la cual se encuentra afiliado?

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 62 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 180 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO. (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o 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 ☑ 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de 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, 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 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: 11:10

Nombre del Encuestado: Evelyn Rojano — 1065618970

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 01 02 (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: 1007777573

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: 1007773349
11. Fecha de nacimiento: 19 03 06 26 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Calderon
13. Segundo apellido: Cordoba
14. Primer nombre: Yorki
15. Segundo nombre: Luis
16. Dirección residencia: MZ 4 CASA 15
16.1 Barrio: Tobias Daza
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular: 3115308700
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 cónyuge [X] 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 #15-45
31.1 Barrio: Las flores — 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 [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? 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 ? 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? 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 ☐ 693.9 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			
72.5 Tronco incluye espalda, columna vertebral, méduta 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: 11:40

Nombre del Encuestado: YORKI LUZ CALDERON

cc:49728349

Firma del Encuestador: Yorkinoyp leyla o.Juñez

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: 2 6 0 4 1 0 0 2 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 1 0 3 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: 49 71 9 513

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 1065629330
11. Fecha de nacimiento 1 9 9 5 0 5 0 6 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Alvarado
13. Segundo apellido Beltran
14. Primer nombre Pilar
15. Segundo nombre Liseth
16. Dirección residencia Calle 17 A # 29-97
16.1 Barrio El Paso
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 1 0 6 4 3 7 5
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: 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 [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 [ ] 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 19 #15-45
31.1 Barrio Las flores
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 0 7 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 1 0
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 [X] 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

42. Usted se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud ? 42.1 SI [X] 42.2. NO [ ] 42.3. No sabe [ ]
43. A qué régimen pertenece? 43.1. Contributivo [ ] 43.2. Subsidiado. [X] 43.3. 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 ? 7 7 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1 7 2 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar pregunta 53)
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7 52. ¿Cuántas horas al día lo practica? 0 5 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: 10:17

Nombre del Encuestado: Pilar Alvarado

cc: 1065629330

Firma del Encuestador: Fanchorp Leyva Ordóñez

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: 2022 10 10 (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: 49717593

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: 49693577
11. Fecha de nacimiento: 19/06/1969 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Salinas
13. Segundo apellido: Gutierrez
14. Primer nombre: Nella
15. Segundo nombre: Rosa
16. Dirección residencia
16.1 Barrio: Cafe — 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: 3135791920
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: 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? 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: Cra 19#15-45
31.1 Barrio: las flores — 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 07 — 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 09
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 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 ? 95 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 lacaraci(on de musculo o tendón, sin herida			71.11 Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambientanvenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.4 Trauma interno			71.12 Asfixia			
71.5 Amputación			71.13 Efecto de la electricidad			
71.6. Herida			71.14 Efecto nocivo de la radiación			
71.7 Trauma Superficial			71.15 lesiones múltiples			
71.8 Golpe, contusión o aplastamiento			71.16 Otro. (Pasar a la pregunta 71.16.1)			

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

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

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

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

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☐ (Pasar pregunta 76)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo?

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la realización de su oficio u ocupación?

77. ¿En qué sitio fue atendido por el accidente relacionado con su oficio u ocupación?

77.1 Hospital ☐ 77.2 Puesto de salud ☐ 77.3 Farmacia ☐ 77.4 Consultorio particular ☐ 77.5 Curandero ☐

77.6 Usted mismo o la familia ☐ 77.7 Ninguno ☐ 77.8 Otro ☐ 77.8.1 ¿Cuál?

78. ¿Cuántos días dejo de realizar su oficio u ocupación por causa del accidente? días

79. ¿Quién asumió los costos del accidente relacionado con su oficio u ocupación? (Marque una sola opción)

79.1 Grupo organizado de trabajadores informales ☐ 79.2 El trabajador o la familia ☐ 79.3 Empresa Prestadora de Servicios de Salud ☐

79.4 Otro ☐ 79.4.1 ¿Cuál?

80. En los últimos 12 meses, ¿le han diagnosticado o está en trámite de reconocimiento alguna enfermedad relacionada con su oficio u ocupación?

80.1 SI ☐ 80.2 NO ☑ 81. ¿Cuál fue esa enfermedad?

82. El accidente o enfermedad relacionados con su oficio u ocupación le causó alguna condición de discapacidad? 82.1 SI ☐ 82.2 NO. (Pasar pregunta 84) ☑

83. ¿Qué tipo de discapacidad le ha causado? 83.1 Sensorial ☐ 83.2 Motriz ☐ 83.3 Mental ☐

CONDICIONES DE TRABAJO

84. De manera general, considera usted que el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación actualmente, es:

84.1 Muy seguro ☐ 84.2 Seguro ☐ 84.3 Poco seguro ☑ 84.4 Muy inseguro ☐

85. Identifique los peligros a que está expuesto en la realización de su oficio u ocupación: (Marcar en la siguiente tabla)

85.1. PELIGRO FÍSICO		85.2. PELIGRO PSICOSOCIAL	
85.1.1 Ruido (de impacto, intermitante, 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: 10:52

Nombre del Encuestado: Yeila Rosa Solinas.

CC: 49693577

Firma del Encuestador: Fanions Leyua 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 — 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: 10/04/2024 (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: 09[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 — 10. Número de documento: 49743119 — 11. Fecha de nacimiento: 19/04/1979 (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: Batista — 13. Segundo apellido: Barranco — 14. Primer nombre: Astrid — 15. Segundo nombre: del Socorro
16. Dirección residencia: tras 30 319 tv
16.1 Barrio: Sosiego — 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: 3107[illegible]
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 [ ] 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#15-45
31.1 Barrio: las flores — 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 [ ] 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 perteneca? 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 ? 72 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) [x]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otres):
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? ☐☐

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 tandón, 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 72.12.1)			
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: 1675

Nombre del Encuestado: Astrid del Socorro Bafis da

CC: 49743119

Firma del Encuestador: Fonseca Tequa.

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: 2024-10-07 (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: 1007127513

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: 52641169
11. Fecha de nacimiento: 1985-11-03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Triana
13. Segundo apellido: Gonzales
14. Primer nombre: Jose
15. Segundo nombre: de los santo
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: 3138134038 39
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 [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 [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 [ ] 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 #16A-11
31.1 Barrio: AV Simon bolivar
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? Ventorrito
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 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? 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? 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 ? 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? 05 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 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? 05 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 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: 10:11

Nombre del Encuestado: José Triana

cc: 5764167

Firma del Encuestador: Fanuary Leyva O

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 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: 1.097.[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: 1065569697
11. Fecha de nacimiento: 2001 07 03 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Osorio
13. Segundo apellido: Torres
14. Primer nombre: Jolissa
15. Segundo nombre: Daniela
16. Dirección residencia: MZ 62 CASA 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: 3001390246
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 [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? Torcoma

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 16A1
31.1 Barrio: Al. Simon bolivar
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? Ventfructo?
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puedo 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 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? 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 ? 66 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 [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 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 progunta 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 ☐

77.5 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.

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: 9:50

Nombre del Encuestado: Soliza Espinoza

cc:1065566907.

Firma del Encuestador: Fanny Leyva Añez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 10 02 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 09 39 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1097173513

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 2003 11 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 [ ] 1067590048

12. Primer apellido: Perez 13. Segundo apellido: Mendoza 14. Primer nombre: Kendry 15. Segundo nombre: Yulied

16. Dirección residencia
16.1 Barrio: 6 de Mayo Calle 16 B # 36 B 02
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: 3016059785
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 [ ] 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? Por todo

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 16 A
31.1 Barrio: AV Simon bolivar 31.2 Centro Poblado: 31.3 Vereda:
31.4 Localidad: 31.4.1. Número de la localidad: 31.5 Comuna: 31.5.1. Número de la comuna:
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [ ] 35.2 NO [X]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, 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 [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? 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 ? 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 [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? 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: 4:45

Nombre del Encuestado: Kendry perez M

CC: 1067590048

Firma del Encuestador: Fernanda Leyva Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

La salud es de todos · Minsalud · 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: [2][0][2][1][1][0][1][0] (A A A A M M D D) — 2. Hora de inicio: [1][4][4][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: 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 — 9.1 CC [X] 9.2. CE [ ] 9.3. TI [ ] 9.4. PA [ ] 9.5. CD [ ]
10. Número de documento: 1065833194
11. Fecha de nacimiento: 1997/02/04 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Zamanate
13. Segundo apellido: Sotelo
14. Primer nombre: Gladis
15. Segundo nombre: Maria
16. Dirección residencia: Cll 5L #23-64
16.1 Barrio: Mariadas
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: 3217605636
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? 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? Niry
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 Cll 16
31.1 Barrio: Delicias
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 [ ] 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 [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 ? 69 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 [X] 56.2. No. (Pasar pregunta 58) [ ]
57. ¿Con qué frecuencia lo hace? 57.1 Diario [ ] 57.2 Semanal [ ] 57.3 Quincenal [ ] 57.4 Ocasional [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar pregunta 62) [ ]
61. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras? 61.1. Diario [X] 61.2. Semanal [ ] 61.3. Quincenal [ ] 61.4. Ocasional [ ]

CONDICIONES DE SALUD

62. Diría usted que en general su salud es: 62.1 Excelente ☐ 62.2 Muy buena ☐ 62.3 Buena ☐ 62.4 Regular ☑ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansancio u otros síntomas) 63.1 SI ☑ 63.2 NO ☐

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

65. En los últimos 6 meses, ¿ha asistido a consulta con psicólogo o psiquiatra? 65.1 SI ☐ 65.2 NO ☑

66. En los últimos 30 días, ¿durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades normales? 00 días

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

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o 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 relacionadc 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 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: 04:00

Nombre del Encuestado: Gladis Zenaida 1065833491

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: 10/10/2024 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 11:30 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1067597668

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: 1067598196
11. Fecha de nacimiento: 19/03/1994 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Navarro
13. Segundo apellido: Castilla
14. Primer nombre: Elena
15. Segundo nombre: Isabel
16. Dirección residencia: Cll 16d # 14b-22
16.1 Barrio: Los Mosquitos
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: 3113353658
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? 04
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 [ ] 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 [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 con 16
31.1 Barrio: Las delicias
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 00 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? 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? no sabe
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 ? [X] kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1.74 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? 01

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☑ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

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 lacerac(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 ☑ N.A

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: 11:05

Nombre del Encuestado: Elaine Navarro - 22448196

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 07 (A A A A M M D D) 2. Hora de inicio: 12:16 (H H M M)
3. Tipo de documento de identificación del encuestador: CC [X] CE [ ] TI [ ] PA [ ] CD [ ]
4. Número del documento de identificación del encuestador: 1065959686

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: 1065640685
11. Fecha de nacimiento: 1997 05 21 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Martinez 13. Segundo apellido: Rodriguez 14. Primer nombre: Maria 15. Segundo nombre: Alejandra
16. Dirección residencia: Mz 18 casa 45
16.1 Barrio: Panamo 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: 3135357196
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 [ ] 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? 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 [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: Carrera 19 calle 16
31.1 Barrio: Delicias 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? Usufru
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 04
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? 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 ? 116 kilogramos 49. ¿Cuál es su estatura ? 1.80 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 [X] 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 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 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: 11:20

Nombre del Encuestado: Maira Martinez Rodrigos 1065640685

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 04 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: 1062595686

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: 97371615
11. Fecha de nacimiento: 19 74 10 13 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Parra
13. Segundo apellido: Rincon
14. Primer nombre: Yoneda
15. Segundo nombre: del Carmen
16. Dirección residencia: Cl 16 # 21B-63
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: 3015219380
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: 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? 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: Carrera 19 con 16
31.1 Barrio: Las Delicias — 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 [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 03 — 36.2 Meses [X]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionada [ ]
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 ? 67 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 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 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: 1010

Nombre del Encuestado: Vanessa Parra - 9737615

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: 10/04/2024 (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: 1067595586

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: 32704447
11. Fecha de nacimiento: 15/10/1981 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Valero
13. Segundo apellido: Nizimbat
14. Primer nombre: Astrid
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: Cra 7 # 21-73
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: 3106055556
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: 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? 07
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 [ ] 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 2015)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Carrera 19 con 16
31.1 Barrio: Los delicias
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 0M 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 08
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 [X]
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 66 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 [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? [00] días

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

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

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades 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 lacaración 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		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: 0950

Nombre del Encuestado: Astrid Valero - 3127044 7

CC:

Firma del Encuestador:

OK

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: 26/11/2024 (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 1065603916
11. Fecha de nacimiento 19/10/2003 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Paez
13. Segundo apellido Viepes
14. Primer nombre Soleny
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia Cll 5 #9a-16
16.1 Barrio Los Musicos
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 3016655625
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: 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 [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 [X] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [ ] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 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 [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 con 16
31.1 Barrio Las delicias
31.2 Centro Poblado
31.3 Vereda
31.4 Localidad
31.4.1. Número de la localidad
31.5 Comuna
31.5.1. Número de la comuna
32. ¿Realiza su oficio u ocupación dentro de la vivienda? 32.1 SI [ ] 32.2 NO [X]
33. El lugar donde desarrolla su oficio u ocupación es: 33.1 Propio [ ] 33.2 Arrendado [ ] 33.3 Otro [X] 33.3.1 ¿Cuál? Usufructo
34. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta el lugar donde desarrolla su oficio u ocupación? (Puede marcar múltiples opciones)
34.1 Energía [X] 34.2 Acueducto [ ] 34.3 Alcantarillado [ ] 34.4 Teléfono fijo [ ] 34.5 Teléfono móvil [X] 34.6 Gas [ ]
35. ¿Usted es propietario de los productos (bienes y/o servicios) que vende? 35.1 SI [X] 35.2 NO [ ]
36. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su oficio u ocupación? (Si el tiempo de trabajo es menor a 1 año, escriba 0 en años) 36.1 Años 03 36.2 Meses [ ]
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [ ] 37.3 Semiestacionaria [X]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ]
39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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 [ ]
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 ? 77 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 162 centímetros
50. ¿Desarrolla alguna actividad física? 50.1 SI [ ] 50.2 NO (Pasar pregunta 53) [ ]
51. ¿Cuántos días a la semana lo practica? 1 2 3 4 5 6 7
52. ¿Cuántas horas al día lo practica? [ ] horas
53. ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunta 56)
54. ¿ Cuánto tiempo lleva consumiendo cigarrillo o que ha dejado de consumirlo? [ ] meses
55. ¿Cuál el el promedio de cigarrillos que consume o consumía diariamente? [ ]
56. ¿Usted consume licor? 56.1 SI [ ] 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 ☐

69. ¿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. ¿Cuantos 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 antiruido		87.4.4 Mascarillas autofiltrantes	
87.1.5 Gorro o cachucha		87.2.5 Pantalla de soldadura de mano.					
		87.2.6 Pantalla de soldadura de cabeza.					

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

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

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

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

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

90.5. Ninguna. [X]

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

92. ¿En el lugar donde realiza su oficio u ocupación dispone de instalaciones sanitarias? (Inodoro o letrina) 92.1. SI [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: 0930

Nombre del Encuestado: Yulenes Paez - 1065 603976

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: 2021/10/07 (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 [ ] 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: 1.121.733
11. Fecha de nacimiento: 1995/10/19 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Pena
13. Segundo apellido: Pallares
14. Primer nombre: Gabriel
15. Segundo nombre: Ana Lo
16. Dirección residencia: Mz 10 Casa 12
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: 3044826776
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 [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 11
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyuge [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 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? Niño
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: Carrera 19 con 16
31.1 Barrio: Las delicias
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 16 36.2 Meses
37. Su oficio u ocupación lo realiza de manera: 37.1 Ambulante [ ] 37.2 Estacionaria [X] 37.3 Semiestacionaria [ ]
38. ¿Cuál es la jornada en que realiza su oficio u ocupación? 38.1 Diurna [X] 38.2 Nocturna [ ] 38.3 Mixta [ ] 39. ¿Cuántas horas trabaja al día? 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? 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 ? 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 [X]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactive 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: 04:10

Nombre del Encuestado: Gabriel peña - 12721733

CC:

Firma del Encuestador:

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024 04 16 (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: 49722513

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: 1065619786
11. Fecha de nacimiento: 1996 07 24 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Arregador
13. Segundo apellido: Aegave
14. Primer nombre: Luis
15. Segundo nombre: Jose
16. Dirección residencia: cra 36 Bis # 17 - 29
16.1 Barrio: Salan
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: 3003574775
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: 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? 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 [ ] 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 17 A # 16 A A
31.1 Barrio: Santana
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 [ ] 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 [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? 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 ? 70 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? 00 horas
53 ¿Usted fuma o fumó? 53.1 SI [ ] 53.2. No. (Pasar pregunto 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 [X] 57.4 Ocasional [ ]
58. ¿Usted consume sustancias psicoactivas? 58.1 SI [ ] 58.2. No. (Pasar pregunta 60) [ ]
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consume? (marihuana, basuco, cocaína, otras):
60. ¿Dentro de su dieta incluye la ingesta de frutas y verduras? 60.1 SI [X] 60.2 NO. (Pasar 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? 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: 10:59

Nombre del Encuestado: Luis José Afanador

CC: 1065619186

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 — 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: 27/07/2024 (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: 45317513

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: 1066270973
11. Fecha de nacimiento: 16/10/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Ca Marca
13. Segundo apellido: Hernandez
14. Primer nombre: Jhon
15. Segundo nombre: Freddy
16. Dirección residencia: Mz O Casa 9
16.1 Barrio: Emmanuel — 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: 3135463[illegible]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 [ ] 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 [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 13 A # 16 A - 10
31.1 Barrio: Santana — 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? Vestruario
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 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? 10
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 [X] 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 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 ? 90 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 [X] 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? 20 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 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: 10:10

Nombre del Encuestado: Johan Cabrera

CC: 1066270973

Firma del Encuestador: Fanenoys Leyva 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 — 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: 2021 10 07 (A A A A M M D D) — 2. Hora de inicio: 09 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: 49777.513

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: 1023922716
11. Fecha de nacimiento: 1988 05 31 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Cabarcas
13. Segundo apellido: Hernandez
14. Primer nombre: Julian
15. Segundo nombre: Camilo
16. Dirección residencia: mz 2 cas 8
16.1 Barrio: Fernandez
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: 3112890745
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? 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 [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: 16A 17 K.5
31.1 Barrio: Zantana
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 10 — 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? 03
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 ? 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 ☐ 62.4 Regular ☐ 62.5 Mala ☐

63. ¿En los últimos 30 días estuvo bien de su salud física? (dolor de cabeza, cansando 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 lacaraci(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		87.7.1 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: 9:45

Nombre del Encuestado: Julián Cabarcas

CC: 1023368716

Firma del Encuestador: Faninoms Teyca 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 — 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: 2021/01/04 (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: 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: 77183870
11. Fecha de nacimiento: 1979/12/29 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Cabarcas
13. Segundo apellido: Morales
14. Primer nombre: Edinson
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: MZ 0 Casa 9
16.1 Barrio: Emmanuel — 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: 3008352783
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 [X] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 05
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 17A #16A-10
31.1 Barrio: Santana — 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? Vehículo
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 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? 16
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 [X] 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [ ] 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 ? 78 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 [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? 01

69. En caso que en el último mes no haya podido realizar sus actividades normales, ¿cuál fue la causa que le impidió realizarlas?

69.1 Accidente común ☐ 69.2 Accidente relacionado con su oficio u ocupación ☐

69.3 Enfermedad común ☐ 693.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

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 vaporea	
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: 1315

Nombre del Encuestado: Fanenoyo Leyva Ordonez

CC 77188170

Firma del Encuestado:

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 04 04 (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: 49776513

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: 49767872
11. Fecha de nacimiento: 19 70 06 20 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Coronado
13. Segundo apellido: Linero
14. Primer nombre: Rubes S.
15. Segundo nombre: Elena
16. Dirección residencia: Cra 17 30 - 26
16.1 Barrio: Lorenzo morales
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: 3024193047
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? 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 [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 17 A 16 A 180
31.1 Barrio: Santana
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 31 — 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? 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 ? 60 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) [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? ☐☐

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 lacerac(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 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 trabajadoras 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		05.6.2 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: 9:57

Nombre del Encuestado: Dubes Elena Bracho M.

CC: 49767872 Ye.

Firma del Encuestador: Faninuys Jeyn.

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 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: 49717613

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: 49796304
11. Fecha de nacimiento: 19/10/1502 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Machuca
13. Segundo apellido: Sanchez
14. Primer nombre: Cornelio
15. Segundo nombre:
16. Dirección residencia: MZ M CAS 26
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: 3006466590
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 [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? 02
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 01
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [ ] 26.3 Negro [ ] 26.4 Raizal [ ] 26.5 ROM [ ] 26.6 Mestizo [X] 26.7 LGBTI [ ] 26.8 Otro [ ] 26.8.1 ¿Cuál?
27. ¿En qué condición se encuentra usted actualmente? 27.1 Desplazado [ ] 27.2 Desmovilizad (pasar pregunta 29) [ ] 27.3 Ninguno (pasar pregunta 29) [X]
28. ¿Cuál fue el motivo del desplazamiento? 28.1 Violencia sociopolítica [ ] 28.2 Desastre natural [ ] 28.3 Cambio climático [ ] 28.4 Otro [ ] 28.4.1 ¿Cuál?

DATOS SOCIOECONÓMICOS

29. ¿En cuál de las siguientes actividades económicas se encuentra el oficio u ocupación que usted desarrolla?
29.1 Agricultura [ ] 29.2 Ganadería [ ] 29.3 Pesca [ ] 29.4 Silvicultura [ ] 29.5 Minería [ ] 29.6 Comercio [X] 29.7 Manufactura [ ]
29.8 Artesanía [ ] 29.9 Construcción [ ] 29.10 Metalmecánica [ ] 29.11 Transporte [ ] 29.12 Otra [ ] 29.12.1 ¿Cuál?
30. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido su principal oficio u ocupación? (según Dec. 1563 de 2016)
31. Dirección en donde usted lleva a cabo su oficio u ocupación: Cra 17 A 16 A 18
31.1 Barrio: Santana
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? Bufete
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 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? 06
40. ¿Cuántos días trabaja a la semana? 1 2 3 4 5 6 7
41. ¿Cuántos son sus ingresos mensuales? 41.1 Menos de un salario mínimo [X] 41.2 Un salario mínimo [ ] 41.3 Más de un salario mínimo [ ]

SEGURIDAD SOCIAL

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

ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA

48. ¿Cuál es su peso ? 69 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? 00 horas
53. ¿Usted fume 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 ☐ 69.3 Enfermedad relacionada con su oficio u ocupación ☐

70. En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente relacionado con su oficio u ocupación? 70.1 SI ☐ 70.2 NO. (Pasar pregunta 80)

71. ¿El accidente más grave relacionado con su oficio u ocupación que tuvo en los últimos 12 meses, qué lesiones le ocasionó? (Marcar en la siguiente tabla)

Lesiones ocasionadas	SI	NO	Lesiones ocasionadas	SI	NO	71.16.1 ¿Cuál?
71. 1. Fractura			71.9 Quemadura			
71.2 Luxación			71.10 Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia			
71.3 torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de 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: 9:25

Nombre del Encuestado: [illegible]

CC: 1497463444

Firma del Encuestador: [illegible]

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/10/04 (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: 1977593

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: 1065605920
11. Fecha de nacimiento: 19/06/2001 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido: Gomez
13. Segundo apellido: Barros
14. Primer nombre: Yolanda
15. Segundo nombre: Beatriz
16. Dirección residencia: Torre 17 AA-16 504
16.1 Barrio: Los Comuneros
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: 3176402328
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 [X] 20.3 Secundaria incompleta [ ] 20.5 Técnico [ ] 20.7 Universitario incomplet [ ] 20.9 Ninguna [ ]
20.2 Primaria completa [ ] 20.4 Secundaria completa [ ] 20.6 Tecnológic [ ] 20.8 Universitario completo [ ] 20.10 Otro [ ]
20.10.1 ¿Cuál?
21. Años de escolaridad aprobados: 04
22. ¿Es usted cabeza de familia? 22.1.SI [X] 22.2. NO [ ]
23. ¿Con quién comparte la responsabilidad económica de su familia? 23.1 Con nadie [X] 23.2 Con el cónyugue [ ] 23.3 Con otros [ ]
24. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? 03
25. ¿Cuántos menores de edad dependen económicamente de usted? 02
26. ¿A qué tipo de población pertenece? 26.1 Indígena [ ] 26.2 Afro colombiano [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 17 A #1-16A-10
31.1 Barrio: Santana
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 [ ] 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]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 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 ? 70 kilogramos
49. ¿Cuál es su estatura ? 1.72 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 progunta 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: 10:32

Nombre del Encuestado: Yoranda Gomez

CC: 1065605920

Firma del Encuestador: Fanimorys Leyva O.

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: 2024/10/04 (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: 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 49771513
11. Fecha de nacimiento 1977/09/05 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Rudiaz
13. Segundo apellido Hernandez
14. Primer nombre Carmen
15. Segundo nombre
16. Dirección residencia MZ 5 CASA 22
16.1 Barrio Bello horizonte
16.2 Centro Poblado
16.3 Vereda
16.4 Localidad
16.4.1. Número de la localidad
16.5 Comuna
16.5.1. Número de la comuna
17. Teléfono fijo
17.1 Teléfono celular 3145560955
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? 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 [ ] 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 17 A # 16 A 16
31.1 Barrio Zamora
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? Subtracta
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 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? 11
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 ? 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 pregunte 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, 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 ☑ (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, 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		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: 10:19

Nombre del Encuestado: Yolanda Carmen Ruidiaz H

CC: 49773087

Firma del Encuestador: Fanlonop Reyna Ordoñez

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC 2024

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

Versión: 01 Vigencia: Del 01012016 al 31122021

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

En caso negativo, proceda a realizar la encuesta

GENERALIDADES DE LA ENCUESTA

1. Fecha de aplicación de la encuesta: 2024/6/07 (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: 1091175513

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 72271577
11. Fecha de nacimiento 1981/10/11 (A A A A M M D D)
12. Primer apellido Dinerez
13. Segundo apellido Torres
14. Primer nombre Dian
15. Segundo nombre Giusseppyy
16. Dirección residencia Torre 10 Apto 701
16.1 Barrio Loratorio mocho
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 3216231859
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: 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 [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 [ ] 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 12
31.1 Barrio Sgtana
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 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? 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? 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 ? 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 [X] 53.2. No. (Pasar pregunto 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 [X] 58.2. No. (Pasar pregunta 60)
59. ¿Cuál sustancia psicoactiva consúme? (marihuana, basuco, cocaína, otras): Perico, marihuana
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 nóvivas o radiaciones o salpicaduras			
			73.16 Otro. (Pasar a la pregunta 73.12.1)			

74. ¿Usted informó del accidente relacionado con su oficio u ocupación? 74.1 SI ☐ 74.2 NO ☑ (Pasar pregunta 75)

75. ¿Por qué no informó el accidente relacionado con el trabajo? _____

76. ¿A quién o a cuál entidad le informó que era un accidente ocurrido durante la 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 résiduos líquidos y sólidos? 95.1. Si ☐ 95.2. No ☒

Hora de terminación: 1047

Nombre del Encuestado: Yoan Giuseppe Fonseca Tejera

CC: 72271597

Firma del Encuestador:

ACTIVIDAD No. 4

Ejecutar treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.

INFORME DE ACTIVIDADES No. 003

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 767
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTE Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS **($1.416.738.625,00)** MCTE.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES.
PERIODO REPORTADO	**OCTUBRE DE 2024**
VALOR EJECUTADO MES	**$ 5.000.000 PESOS**

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDAD DE CUMPLIMIENTO	ANEXOS
Ejecutar treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.	Durante este periodo se llevaron a cabo doce (12) acciones de información en salud planeadas de manera metodológicas para dirigirlas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar. Los objetivos de las acciones fueron orientados en: Disminuir riesgos nutricionales en niños y niñas. Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre alimentación saludable. Identificar posibles riesgos por consumo de alimentos identificados con sellos. Para alcanzar estos objetivos, se emplearon estrategias lúdicas que hicieron el aprendizaje más dinámico y participativo.	Acta de concertación de las actividades con secretaria de salud. Cronograma de actividades. Planeación metodológica de la actividad. Informe cuantitativo y cualitativo de actividades con registro fotográfico y listados de asistencia de la – - IE Consuelo Araujo Noguera - IE Técnica la esperanza

	Se utilizaron diversos recursos didácticos para apoyar la actividad, tales como: Infografías entregadas a los participantes; carteles para evaluar el afianzamiento de conocimientos adquiridos; presentación de diapositivas con información visual sobre el etiquetado frontal de advertencia, la interpretación del contenido nutricional de alimentos y bebidas ultra procesadas y consejos para una alimentación saludable. A los participantes se les brindó información sobre: El significado del etiquetado frontal en los alimentos ultra procesados. Explicación de los elementos del etiquetado frontal de advertencia establecidos por la Resolución 2492 de 2022. Cómo interpretar las etiquetas nutricionales para tomar decisiones informadas sobre alimentos y bebidas ultra procesadas. Impacto del consumo de alimentos con advertencias en la salud y se describen los alimentos que los contienen. Se brindó orientación hacia un plan alimentario saludable con recomendaciones nutricionales tomando de referencia las orientaciones de las guías alimentarias para población mayor de 2 años y la socialización del plato saludable de la familia colombiana establecido como el modelo de alimentación para el país y diseñado por el ministerio de salud a través del ICBF. Las doce (12) acciones de información en salud fueron realizadas en las siguientes fechas e instituciones educativas así: 1. Dos (2) acciones de información en la **Institución Educativa Consuelo Araujo Noguera** del micro territorio Barrio 450 años realizadas el 1 de octubre de 2024 con estudiantes y docentes de los cursos 901, 902, 903, 904. 2. Dos (2) acciones de información en la **Institución Educativa Técnica la Esperanza** del micro territorio Barrio la Nevada, realizadas el 2 de Octubre 2024 con estudiantes y docentes de los cursos 901, 902, 903.	- IE Milciades Cantillo Costa - IE Cesar Pompeyo Mendoza - IE Rafael Valle Meza Material informativo entregado. Material publicitario Videos de campañas en medio magnéticas, Plan de acción diligenciado y con seguimiento

	3. Tres (3) acciones de información en la **Institución Educativa Milciades Cantillo Costa** realizadas el 3 de octubre de 2024 con estudiantes y docentes de los cursos 803, 804, 805. **4.** Tres (3) acciones de información en la **Institución Educativa Rafael Valle Meza** realizadas el 18 de Octubre de 2024 con estudiantes y docentes de los cursos 901, 902, 903. **5.** Dos (2) acciones de información en la **Institución Educativa Mayor De Valledupar Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa** del micro territorio del Barrio 450 años realizadas el 21 de octubre de 2024 con estudiantes y docentes de los cursos 901, 902, 903. Las orientaciones fueron efectivas en promover una mayor comprensión de la información nutricional y el etiquetado de advertencia en alimentos ultraprocesados, así como en orientar a los estudiantes y docentes hacia prácticas alimenticias saludables. Se destacó la importancia de continuar con la educación y el seguimiento para asegurar la implementación de los conocimientos adquiridos. Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.	

Se anexa; Soportes relacionados por cada obligación contractual.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes Noviembre del 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Olga Yesenia Diaz Celedon Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

PLANEACION METODOLOGICA

RESPONSABLE	LUGAR DE EJECUCION	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHA
Dimensión seguridad alimentaria y nutricional	1. Institución Educativa Consuelo Araujo Noguera 2. Institución Educativa Técnica La Esperanza 3. Institución Educativa Milciades Cantillo Costa 4. Institución Educativa Rafael ValleMeza 5. Institución Educativa Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa	Ejecutar treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.	Octubre 2024

LOGROS:

Comprensión clara sobre cómo interpretar el contenida nutricional, etiquetado frontal de advertencia y la importancia de una alimentación saludable.
Sensibilizar sobre los riesgos asociados con los alimentos ultra procesados y la importancia de adoptar hábitos alimenticios saludables.

CONTENIDO:

1. **Significado del etiquetado frontal en los alimentos ultra procesados**

El etiquetado de advertencia en el frente del paquete es una herramienta simple, práctica y eficaz para informar al público sobre productos que pueden dañar la salud y ayudar a orientar las decisiones de compra.

La ingesta excesiva de estos nutrientes es resultado, en gran medida, de la amplia disponibilidad, asequibilidad y promoción de productos alimentarios procesados y ultra-procesados, que contienen cantidades excesivas de azúcares, grasas y sodio.

Gran parte de la solución consiste en la aplicación de leyes y regulaciones que reduzcan la demanda y la oferta de productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos. Uno de los instrumentos clave de política para regular esos productos con el objeto de prevenir el desequilibrio en la alimentación es la utilización de etiquetas en el frente del envase que indiquen a los consumidores que el producto contiene cantidades excesivas de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y sodio.

Explicación de los elementos del etiquetado frontal de advertencia establecidos por la Resolución 2492 de 2022.
Cómo interpretar las etiquetas para tomar decisiones informadas sobre alimentos y bebidas ultra procesados.

RECURSOS:

Humanos:
- Estudiantes de 8° y 9° grado
- Docentes
- Equipo dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC- HEAD

Materiales:
- Pendón araña
- Presentación en diapositivas.
- Computador
- Televisor- Video Beam
- Sonido
- Micrófono
- Infografía con contenido sobre el tema.
- Cartelera para evaluación del tema.
- Planillas para registro de asistencia
- Cámara fotográfica

Impacto del consumo de alimentos con advertencias en la salud y se describen los alimentos que los contienen:



Exceder el consumo de **SAL** en la dieta diaria, es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial, problemas en el corazón como insuficiencia cardiaca e infartos, accidente cerebrovascular (hemorragia), daño en riñones que lleva a insuficiencia renal e incluso la posibilidad de presentar cáncer gástrico.
Alimentos con exceso de sodio: enlatados, embutidos, salsas y aderezos, condimentos, caldos en polvo, snack salados.



El consumo excesivo de **GRASAS SATURADAS** puede tener graves consecuencias para la salud, como: Aumento del colesterol LDL (malo), acumulación de colesterol en las arterias que obstruyen el flujo sanguíneo, aumento del riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, aterosclerosis e infarto cardíaco, Aumento del riesgo de obesidad, aumento del riesgo de cáncer, aumento de la presión arterial.

Alimentos que contienen excesos de grasas saturadas: Mantequilla, aceite de palma y de coco, Carne roja, Embutidos, Leche y sus derivados, Alimentos horneados o fritos, Carnes, incluidas la carne de res, cerdo o aves, especialmente con piel, Crema de leche, Leche entera, Queso o yogur hechos con leche entera.



El consumo elevado de **AZÚCARES** se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer y caries dental.
Alimentos que contienen exceso de azúcar: Refrescos, gaseosas, jugos de fruta azucarados, mermeladas, jaleas, cereales de desayuno, tortas, helados, golosinas o confitería, postres, chocolate, productos de panadería, miel, panela, azúcar de mesa.



El consumo excesivo de **GRASAS TRANS** ocasiona obstrucción de arterias: Aumentan el riesgo de muerte por infarto, aumento del colesterol LDL: acumulación en las arterias, aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares: accidente cerebro vascular, cardiopatía coronaria.
Alimentos que contienen exceso de grasas Trans: horneados

comerciales, como pasteles, galletas dulces y tortas, Manteca vegetal- margarina, Palomitas para microondas, Pizza, salchipapa, hamburguesa, perro caliente (comida rápida), Frituras, incluidas las papas fritas, las donas y el pollo frito, Crema de leche. Son muy perjudiciales para el corazón porque son peores que cualquier otro tipo de grasa.



El sello se coloca cuando al producto se le han añadido azúcares durante su procesamiento y representan más de 10% de las calorías totales.
El consumo en exceso a largo plazo puede llevar a obesidad, hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer y enfermedades del corazón.

Alimentos con **EDULCORANTES:** Alimentos con exceso en azúcar como postres, refrescos, gaseosas, caramelos, chicles, golosinas.

2. Comprensión de la información nutricional

Las etiquetas de los alimentos contienen información sobre sobre la cantidad de calorías, porciones y datos nutricionales de los alimentos. Leerlas le ayudará a hacer elecciones saludables al hacer las compras y planificar las comidas.
Siempre verifique primero el tamaño de la porción. Toda la información en la etiqueta se basa en el tamaño de ésta. Muchos paquetes contienen más de 1 porción.



Siempre se debe observar el tamaño de la porción

Este producto es RICO en grasa total y grasa saturada. Para cada dia, se debe tratar de consumir NO MÁS de un total del 100% de éstos



Para **comprender el etiquetado nutricional,** es importante tener en cuenta que:

- La información debe ser precisa, clara y fácil de leer.

- La información obligatoria incluye el valor energético, la cantidad de grasas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal.

- La información nutricional suele estar en la parte frontal del etiquetado, pero debe estar más extensa en el resto del etiquetado.

- La información calórica le indica el número de calorías en 1 porción. - Para saber si un nutriente es bajo o alto, se puede usar el porcentaje del valor diario (%VD): 5 % o menos es bajo, y 20 % o más es alto. - Al elegir entre diferentes marcas o productos similares, se pueden comparar las etiquetas y elegir los alimentos que tengan la menor cantidad de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio. El total de carbohidratos está listado en letra negrilla para que se destaque y se mide en gramos (g). El azúcar, el almidón y la fibra vegetal conforman los carbohidratos totales que aparecen en la etiqueta. El azúcar aparece por separado. Todos estos carbohidratos excepto la fibra elevan su azúcar en la sangre. Verifique la grasa total en 1 porción. Preste atención especial a la cantidad de grasa saturada en 1 porción. Escoja alimentos que sean bajos en grasa saturada. Por ejemplo, tome leche descremada o al 1% en lugar de leche al 2%. o leche entera. La leche descremada tiene sólo una pequeña cantidad de grasa saturada. La leche entera tiene 5 gramos de esta grasa por porción. Se debe prestar atención a las grasas trans en cualquier etiqueta de alimentos. Estas grasas elevan el colesterol "malo" y reducen el colesterol "bueno". Si un alimento contiene estas grasas, la cantidad aparecerá en la etiqueta debajo de la grasa total. Las grasas se miden en gramos. Busque alimentos que no tengan grasas trans o que tengan un contenido bajo de ellas (1 gramo o menos). El sodio es el ingrediente más importante de la sal. Este número es particularmente importante para las personas que estén tratando de consumir menos sal en su alimentación. Una etiqueta que diga que un alimento tiene 100 mg de sodio significa que este tiene aproximadamente 250 mg de sal. Usted debe consumir menos de 2,300 mg de sodio al día. Esta es la cantidad de sodio en 1 cucharadita de sal de mesa.	

3. **Orientación hacia un Plan Alimentario saludable:**

Se brindaran estrategias para reducir el consumo de estos alimentos y optar por alternativas más saludables.



Recomendaciones nutricionales a los estudiantes y docentes.
Orientación hacia la elaboración de un plan alimentario equilibrado que incluya alimentos nutritivos y la reducción de alimentos no saludables.
Promoción de hábitos alimenticios positivos y sostenibles.

Para brindar estas orientaciones se tomará de base las recomendaciones establecidas en las guías alimentarias para población Colombiana mayor de 2 años establecidas por el ICBF y socialización del modelo de alimentación sugerido para Colombia- "*El plato saludable de la familia colombiana*" el cual es el icono de las Guías alimentarias, que nos ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir durante el día para elegir una alimentación variada y saludable. Nuestro país ofrece una gran variedad de alimentos de estos seis grupos, por ello debemos aprovechar esta riqueza y diversidad.

- Cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados.
- Frutas y verduras
- Leche y productos lácteos
- Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas
- Grasas
- Azucares

El propositivo del plato saludable es promover una alimentación que incluya todos o la mayoría de los grupos de alimentos en cantidades adecuadas, frescos y variados. Invitar a consumir alimentos y preparaciones saludables propias de la cultura colombiana. Incentivar el consumo de agua, la actividad física y compartir en la mesa con la familia.

Recomendaciones nutricionales que serán compartidas:

1. Consume alimentos frescos y variados, como lo indica el Plato saludable de la familia colombiana. 2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consume diariamente leche, u otro producto lácteo, y huevo. 3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluye frutas enteras y verduras frescas en cada una de las comidas. 4. Para complementar la alimentación, consume al menos dos veces por semana leguminosas como fríjol, lenteja, arveja o garbanzo. 5. Para prevenir la anemia, los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana. 6. Para mantener un peso saludable, reduce el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas. 7. Para tener una presión arterial normal, reduce el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete altos en sodio. 8. ¡Cuida tu corazón! Consume aguacate, maní y nueces; disminuye el consumo de aceite vegetal y margarina; evita grasas de origen animal como mantequilla y manteca. 9. Por el placer de vivir saludablemente, realiza actividad física de forma regular.	

ESTRATEGIAS DIDACTICAS:

Muestra de empaques y envases de alimentos ultra procesados identificados con sellos de advertencia.
Cartelera y fichas con nombres de alimentos y bebidas ultra procesados

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

Presentación interactiva con diapositivas.
Entrega de Infografías.

ESTRATEGIAS DE EVALUACION:

Seleccionar varios estudiantes, y a cada uno se les entregara unas fichas con nombres de alimentos ultra procesados los cuales deben ser ubicados debajo de los sellos según el exceso que consideran contiene cada uno. Los sellos estarán expuestos en una cartelera.

TIEMPO: 1 hora aproximadamente.

CRONOGRAMA
ACTIVIDADES PIC HEAD
DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
2024

ACTIVIDAD	POBLACION	TERRITORIO		CANTIDAD POBLACION INTERVENIR	CONTACTO	FECHA Y HORA DE EJECUCION	INSUMOS
Ejecutar treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.	Docentes Y Adolescentes Grados 8 Y 9 (3 Cursos Por Grado)	Microterritorio barrio 450 años	IE Consuelo Araujo Noguera	130 estudiantes Aproximadamente 9° grado	Coordinadora Jully Cordero Teléfono 3006210887	1 Octubre 10:00 a.m	Acta Para Registro De Asistencia. 1500 (mil quinientas) Infografías de 2 paginas (doble cara) con información sobre el tema. 1 (uno) Pendón Araña Material didáctico. Hidratación (agua)
		Microterritorio barrio La Nevada	IE técnica La esperanza	110 estudiantes de 8° y 9°	Calle 6 37-100 Nevada Rector Oscar Jamir Ortega	2 Octubre 9:00 a.m	
		Otras comunas	IE Milciades Cantillo	120 estudiantes de los grados 8°	Rector Casimiro Rodríguez 304 6447987	3 Octubre 8:30 a.m	
			IE Rafael ValleMeza	120 estudiantes grado 9°	Jhojan Jiménez Coordinador	18 Octubre 8:00 a.m	
		Microterritorio barrio 450 años	IEPompeyo Mendoza Hinojosa	120 estudiantes de 9°	Dubis Soracá 3114065332	21 octubre 10:00 a.m	

INFORME DESCRIPTIVO DE ACTIVIDADES No. 3

Ejecución de Doce (12) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar. Estrategia "CUIDA LO QUE COMES"

ELABORADO POR:
DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

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

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

1. INTRODUCCION

El Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación con la Secretaría Local de Salud, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional tiene previsto el desarrollo de varias actividades que buscan efectuar en entornos comunitarios y educativos de la ciudad la estrategia **"Cuida lo que comes"**.

Estas intervenciones son de gran importancia para el mejoramiento de las condiciones de salud en cuanto a la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles ocasionadas por el consumo en exceso de alimentos ultra-procesados que se vive en el día a día del entorno educativo sirviendo de base para dar solución a las problemáticas que sobre este 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 de la población objeto de estas orientaciones.

2. OBJETIVOS

Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre la identificación de alimentos con sellos de advertencias que conllevan a riesgos para la salud y orientarlos hacia la adopción de una alimentación saludable.

3. METODOLOGIA

- Formalizar y realizar la articulación con los actores involucrados informando de la actividad a realizar.
- Realizar la programación según el plan de acción para la realización de las intervenciones en las instituciones establecidas.
- Ejecutar las actividades descritas en la ficha según cronograma definido.
- Realizar una planeación metodológica de la actividad.
- Realizar el informe correspondiente al desarrollo de las actividades.

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

- Disminuir riesgos nutricionales en la población intervenida
- Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre alimentación saludable.
- Identificar posible riesgo por consumo de alimentos identificados con sellos.
- Incrementar el conocimiento sobre la diferencia entre alimentos ultra procesados y opciones saludables.
- Fomentar un cambio en la alimentación diaria, alentando a los estudiantes y docentes a elegir opciones más nutritivas y a leer etiquetas de alimentos.
- Promover la preparación de comidas caseras y el uso de ingredientes frescos.

5. EJECUCION

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
Ejecutar treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.
1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

ITEM A. ESTRATEGIA "CUIDA LO QUE COMES" "ENTORNO EDUCATIVO". Concertación con las cinco (5) instituciones educativas públicas de los micro territorios Barrio la nevada, barrio 450 años y diferentes comunas del municipio para intervenir mediante Orientaciones en salud de acuerdo a la guía para la implementación de la estrategia dirigidas a estudiantes y docentes de los grados 8° y 9°.

Para la ejecución de las actividades se escogieron las siguientes instituciones educativas:

1. INSTITUCIÓN EDCUATIVA CONSUELO ARAUJO NOGUERA (Micro territorio 450 años)
2. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MAYOR DE VALLEDUPAR CESAR POMPEYO MENDOZA HINOJOSA (Micro territorio 450 años)
3. INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA LA ESPERANZA (Micro territorio La nevada)
4. INSTITUCIÓN EDUCATIVA RAFAEL VALLEMEZA (Otras comunas)
5. INSTITUCION EDUCATIVA MILCIADES CANTILLO COSTA (otras comunas)

Previo al inicio de las orientaciones se realizó reunión con los directivos (rectores, coordinadores y docentes) de las instituciones educativas para informar sobre las actividades a realizar y concertar las fechas de ejecución en cada una de las instituciones, definiendo los cronogramas a seguir para la ejecución de las orientaciones.

ANEXOS ITEM A:
- Actas de reunión para la presentación y concertación de las actividades.
- Cronograma de actividades

ITEM B. ESTRATEGIA "CUIDA LO COMES" "ENTORNO EDUCATIVO". Desarrollo de las acciones de información en salud de acuerdo a lo establecido en la ficha técnica y el documento de planeación metodológica para la implementación de las actividades dirigidas a estudiantes y docentes de los grados 8° y 9°, en las instituciones educativas seleccionadas de las diferentes comunas y en los micro territorios priorizados barrio la nevada y barrio 450 años.

El principal objetivo de esta actividad es brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre la identificación de alimentos con sellos de advertencias que conllevan a riesgos para la salud, la comprensión de la información nutricional y orientarlos hacia la adopción de una alimentación saludable.

La ejecución de esta estrategia se inició con cuatro (4) acciones de información en salud en el mes de agosto, continuando en el mes de septiembre con catorce (14) y finalizando con doce (12) acciones de información en salud en el mes de octubre logrando ejecutar las treinta (30) orientaciones de acuerdo a lo establecido en la ficha técnica de la actividad.

A continuación se describen las doce (12) acciones de información en salud realizadas en el mes de octubre:

1. **Institución Educativa Consuelo Araujo Noguera dos (2) acciones de información**
2. **Institución Educativa técnica La Esperanza – Tres (2) acciones de información**
3. **Institución Educativa Milciades Cantillo Costa – Tres (3) acciones de información**
4. **Institución Educativa Rafael Valle Meza – Tres (3) acciones de información**
5. **Institución Educativa Mayor de Valledupar Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa- Dos (2) acciones de información**

1. **Institución Educativa Consuelo Araujo Noguera dos (2) acciones de información**

Las dos (2) acciones de información en salud programadas para el mes fueron realizadas el 1 de octubre de acuerdo a lo establecido en el cronograma de actividades concertado el 16 de agosto en reunión con el rector del plantel educativo, el Sr Benjamín Herrera y la Psico- orientadora Bertha Rangel con el objetivo de formalizar y realizar la articulación con los actores involucrados para Informar de la actividad a realizar y organizar el cronograma de las intervenciones.

La primera orientación fue realizada con los cursos 901 y 902 desde las 10:00 a.m hasta las 11:00 a.m. En esta orientación se contó con la participación de 68 asistentes entre estudiantes y docentes.

La segunda orientación fue realizada desde las 11:00 a.m hasta las 12:00 .m con los cursos 903 y 904. Se contó con la participación de 62 asistentes entre estudiantes y docentes.

2. **Institución Educativa técnica La Esperanza – Dos (2) acciones de información**

El 2 de Octubre de 2024 se dio continuidad al desarrollo de las acciones de información en salud programadas durante reunión con los directivos de la institución educativa (IE) con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES" y establecer el cronograma para las intervenciones en esta institución educativa.

Siguiendo el cronograma de actividades establecido se desarrollaron las siguientes orientaciones el 2 de octubre así:

La Primera orientación realizada con los cursos 901 y 902 desde las 9:00 a.m hasta las 10:00 a.m en la cual se contó con la asistencia de 70 participantes entre estudiantes y docentes.
La Segunda orientación fue realizada con el curso 903 a partir de las 10:00 contando con la asistencia de 34 participantes entre estudiantes y docente.

3. **Institución Educativa Milciades Cantillo Costa – Tres (3) acciones de información**

El día 3 de octubre se da continuidad al desarrollo de las acciones de información en salud siguiendo el cronograma de actividades establecido durante reunión de concertación realizada entre el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC y el coordinador académico de la institución educativa, el Señor Casimiro Rodríguez con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES".

Se realizan este día tres (3) orientaciones con los siguientes grupos así:

La Primera orientación inicia a las 8:30 a.m con la asistencia de 31 participantes entre estudiantes y docente del curso 803.

La Segunda orientación inicia a las 10:00 a.m con los estudiantes y docente del curso 805 con la asistencia de 35 participantes.

La Tercera orientación fue realizada a las 11:00 a.m con la asistencia y participación de 35 estudiantes y docente del curso 804.

4. **Institución Educativa Rafael Valle Meza – Tres (3) acciones de información**

El día 18 de octubre se da continuidad a las acciones de información en salud programadas el 16 de agosto en reunión con el Coordinador del plantel educativo, el Sr Jhojan Jiménez con el objetivo Informar de la actividad a realizar y organizar el cronograma de las intervenciones.

A continuación se describe el desarrollo de las acciones:

Se llevaron a cabo tres (3) acciones de información en salud distribuidas de la siguiente maneras:

La primera orientación fue realizada desde las 8:00 a.m hasta las 9:00 a.m con la participación de treinta y ocho (38) participantes entre estudiantes y docentes del curso 901.

La segunda orientación se realizó desde las 9:00 a.m hasta las 10:00 a.m con el curso 903 en el cual participaron treinta y ocho personas entre estudiantes y docentes.

La tercera orientación se realizó desde las 10:00 a.m hasta las 11:00 a.m con el curso 902 en el cual participaron 39 participantes entre estudiantes y docentes.

5. **Institución Educativa Mayor de Valledupar Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa- Dos (2) acciones de información**

El día 21 de Octubre se dio continuidad a las acciones de información en salud programadas durante reunión de concertación el día 16 de agosto de 2024 con la coordinadora de la Institución Educativa la señora Dubis Socará con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "Cuida lo que comes.

A continuación se describe el desarrollo de las dos (2) acciones de información en salud realizadas el día 21 de Octubre de 2024:

La primera acción de información en salud fue realizada desde las 10:00 a.m hasta las 11:00 a.m con estudiantes y docentes de los cursos 901 y 902 en la cual se contó con la asistencia de 74 participantes.

La segunda acción de información en salud fue realizada desde las 11:00 a.m hasta las 12:00 .m con los estudiantes del curso 903 contando con la asistencia de 40 participantes.

Las orientaciones fueron realizadas en el auditorio de cada institución educativa, los cuales se encuentran acondicionados con sillas, mesas, televisor para proyectar diapositivas, con sonido, buena iluminación y ventilación para el desarrollo satisfactorio de las actividades.

Durante las doce (12) acciones de información en salud, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC inicia las actividades con la presentación del equipo y posteriormente dan a conocer el objetivo de la actividad organizada a través de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES" coordinada entre la secretaria d salud de Valledupar y el Hospital Eduardo Arredondo Daza, dando a conocer el desarrollo de la misma.

En las doce (12) acciones de información en salud se realizó una actividad educativa siguiendo las directrices de la ficha técnica en sincronía con lo establecido en el documento de la planeación metodológica con el propósito de promover la alimentación saludable entre los estudiantes y docentes y proporcionar una comprensión clara sobre el contenido nutricional y el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados, conforme a lo establecido en la Resolución 2492 de 2022. Para esto se utilizaron materiales educativos como folletos informativos los cuales fueron entregados a los estudiantes; se mostró a través de empaques de alimentos ultra-procesados ejemplos de etiquetas de alimentos y se utilizó recursos visuales para facilitar la comprensión de los temas tratados con un proyector para presentar de manera interactiva la información en salud donde se les socializó a través de diapositivas la siguiente información:

1. **El significado del etiquetado frontal en los alimentos ultra procesados**

Explicación de los elementos del etiquetado frontal de advertencia establecidos por la Resolución 2492 de 2022.
Cómo interpretar las etiquetas para tomar decisiones informadas sobre alimentos y bebidas ultra procesados.
Impacto del consumo de alimentos con advertencias en la salud y se describen los alimentos que los contienen



2. Comprensión de la información nutricional

Las etiquetas de los alimentos contienen información sobre sobre la cantidad de calorías, porciones y datos nutricionales de los alimentos. Leerlas le ayudará a hacer elecciones saludables al hacer las compras y planificar las comidas.
Siempre verifique primero el tamaño de la porción. Toda la información en la etiqueta se basa en el tamaño de ésta. Muchos paquetes contienen más de 1 porción.

Para **comprender el etiquetado nutricional,** es importante tener en cuenta que:
- La información debe ser precisa, clara y fácil de leer.

- La información obligatoria incluye el valor energético, la cantidad de grasas, hidratos carbono, azúcares, proteínas y sal.

- La información nutricional suele estar en frontal del etiquetado, pero debe estar más extensa en el resto del etiquetado.

- La información calórica le indica el de calorías en 1 porción.

- Para saber si un nutriente es bajo o alto, puede usar el porcentaje del valor diario (%VD): 5 % o menos es bajo, y 20 % o más alto.



de

la parte

número

se

es

3. Orientación hacia un plan alimentario saludable



Se brindaron estrategias para reducir el consumo de alimentos y bebidas ultra procesados, optando por alternativas más saludables.

Se socializaron las recomendaciones nutricionales siguiendo las orientaciones que nos brindan las guías alimentarias del ICBF para población colombiana mayor de 2 años de edad.
Se les explicó sobre el modelo de alimentación establecido para Colombia- el plato saludable de la familia colombiana que nos invita a consumir alimentos de todos los 6 grupos de manera natural, frescos, variados, equilibrados y acompañarlo de consumo de agua suficiente y la práctica de actividad física.

EVALUACIÓN

Los participantes mostraron interés y participaron activamente en las discusiones y actividades propuestas.
Realizaron preguntas como: ¿el etiquetado en los alimentos prohíbe su consumo?
A lo cual se les responde que: El propósito de las advertencias nutricionales en el etiquetado frontal del envase es informar a los consumidores de una manera rápida, correcta y sencilla si el producto tiene una cantidad excesiva de azucares, grasas o sodio. No prohíbe al consumidor comprar los productos; solo los ayuda a tomar una decisión fundamentada.

Al finalizar la presentación se realizó una actividad de afianzamiento del tema, la cual consistió en seleccionar varios estudiantes, y a cada uno se les entregó unas fichas con nombres de alimentos y bebidas ultra procesadas los cuales debían ser ubicados debajo de los sellos según el exceso que consideraban contiene cada uno.

ANEXOS ITEM B:

- Documento de planeación metodológica.
- Evidencias fotográficas
- Videos
- Folletos informativos entregados

CARACTERIZACION DE LA POBLACION

A continuación se describe el consolidado general de la caracterización de la población intervenida donde se evidencia el número de intervenciones realizadas, el total de los participantes, el género, el momento curso de vida al que pertenecen y el enfoque diferencial.

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	Vejez 60 años o más	Victima	LGTBI	PPL	INDIGENA	NEGRA	AFRO	PCD	OTRO
Seguridad alimentaria y Nutricional	Ejecutar treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar	12	564	280	280	0	0	545	7	12	0	82	4	0	24	0	17	0	523

En el cuadro se puede observar que el número de intervenciones fue doce (12); que el total de población intervenida entre las 5 instituciones educativas fue quinientos sesenta y cuatro (564) entre estudiantes y docentes de los cuales doscientos ochenta (280) pertenecen al género femenino, y doscientos ochenta (280) al género masculino.
Respecto al momento curso de vida, se evidencia que quinientos cuarenta y cinco (545) se encuentran en el rango de edad de adolescencia entre los 12 a 17 años; siete (7) participantes pertenecen al rango de edad juventud y doce (12) participantes se ubican en el rango de la adultez.
En cuanto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se obtuvo que ochenta y dos (82) son víctimas de violencia por desplazamiento; cuatro (4) se auto reconocen como población LGTBI; veinti cuatro (24) hacen parte de población indígena; diecisiete (17) son Afrocolombianos y los quinientos veintitrés (523) restantes se auto-reconocen en otros grupos sin especificar.

CONCLUSIONES

Los estudiantes y docentes adquirieron una comprensión clara sobre cómo interpretar el etiquetado frontal de advertencia, el contenido de nutricional de los alimentos ultra procesados y la importancia de una alimentación saludable. Se observó una mayor conciencia sobre los riesgos asociados con los alimentos ultra procesados y un interés en adoptar hábitos alimenticios más saludables. Se recomendó continuar con talleres de seguimiento para reforzar el aprendizaje y apoyar la implementación de cambios en la dieta.

Las orientaciones fueron efectivas en promover una mayor comprensión de la nutrición y el etiquetado de alimentos, así como en orientar a los estudiantes y docentes hacia prácticas alimenticias saludables. Se destacó la importancia de continuar con la educación y el seguimiento para asegurar la implementación de los conocimientos adquiridos.

Con estas intervenciones se culmina en el mes de octubre las 30 acciones de información en salud logrando ejecutarlas de acuerdo a las directrices establecidas en la ficha técnica de la actividad. En resumen las acciones de información fueron realizadas en la siguiente distribución:

CANTIDAD: 30 ACCIONES			
1 Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	4Trimestre
0	0	18	12

Lugar de ejecución	Mes de ejecución			Cantidad ejecución
	Agosto	Septiembre	Octubre	
Institución Educativa Consuelo Araujo Noguera	2	0	2	4
Institución Educativa técnica La Esperanza	0	6	2	8
Institución Educativa Milciades Cantillo Costa	0	5	3	8
Institución Educativa Rafael Valle Meza	2	0	3	5
Institución Educativa Mayor de Valledupar Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa	0	3	2	5
Total	**4**	**14**	**12**	**30**

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

1.2. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Acta de reunión con directivos de las instituciones educativas para la presentación y concertación de las actividades.
- Cronograma de actividades
- Documento de planeación metodológica.
- Actas de ejecución de cada acción de información.
- Planillas de asistencia.
- Registro fotográfico.
- Videos.
- Material informativo entregado.

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

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes de Noviembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Olga Yesenia Díaz Celedon Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del. PIC 2024

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Dimensión seguridad alimentaria y nutricional										
LUGAR:	IE Técnica la Esperanza			**FECHA**	12 agosto 2024		**HORA INICIO**	8:00 am			
							HORA FINAL	8:30 a.m.			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**						
TEMA:	Ejecución de las treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.										
OBJETIVO:	Concertar la realización de los ciclos de orientaciones de las actividades descritas en la ficha técnica dirigida a colegios públicos del área urbana de Valledupar.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Docentes y adolescentes de colegios públicos.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 16 de agosto de 2024 se reúnen en la oficina de la rectoría de la Institución educativa técnica la Esperanza el rector Oscar Ortega, Uber Guevara Coordinador Jornada Diurna y el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "Cuida lo que comes":

Se da a conocer el motivo de la presente reunión, el cual tiene como fin solicitar formalmente el apoyo de la institución para la realización de un ciclo de orientaciones en salud dirigidas a docentes y adolescentes de los grados octavo y noveno para la promoción de alimentación saludable para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos.

Por lo anterior tanto el rector como el coordinador manifiestan estar de acuerdo con la realización de las actividades y se establece el siguiente cronograma de intervención:

El día 10 de Septiembre realizar una (1) orientación en la jornada de la mañana con 2 cursos del grado octavo (8°) así: 801 y 802

El 12 de Septiembre realizar una (1) orientación en la jornada de la mañana con los cursos 803 y 804 y una (1) orientación en jornada de la tarde con los cursos 801 y 802.

El 13 de Septiembre realizar una (1) orientación en la jornada de la tarde con los cursos 803 y 804.

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

El 2 de Octubre realizar dos (2) orientaciones en la jornada de la mañana con los grados novenos, distribuidos así: 1 orientación con 901 y 902 y 1 orientación con 903 y 904.

Se resalta que estaremos dispuestos a coordinar los horarios que mejor se ajusten a las necesidades de su calendario académico, por lo tanto estas fechas estarán sujetas a los cambios que surjan.

Se realiza la concertación además del espacio para la realización de las orientaciones, el cual corresponde al auditorio de la IE que cuenta con las condiciones adecuadas ya que se dispone de televisor para presentación de diapositivas, micrófono, sonido, sillas, mesas y buena ventilación.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar las orientaciones según lo descrito en el cronograma establecido.	PIC- SAN	10, 12, 13 de septiembre 2 de Octubre
2	Facilitar los recursos para la realización de las orientaciones: Docentes, estudiantes, auditorio.	IE Técnica la esperanza	10, 12, 13 de septiembre 2 de Octubre

REGISTROS FOTOGRAFICOS





ANEXOS:	No aplica	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Diaz Salazar
	Nombre:	Olga Yesenia Diaz Salazar.

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Oscar Jamiz Ortegs Bolivar	73.074.681	
	Hubar Guevara Rojas	5.092.159	
	Isabel calderon	49.787,994	

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	Dimensión seguridad alimentaria y nutricional						
LUGAR:	IE Consuelo Araujo Noguera		**FECHA**	16 agosto 2024	**HORA INICIO**	10:00 am	
					HORA FINAL	10:30 am	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**		
TEMA:	Ejecución de las treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.						
OBJETIVO:	Concertar la realización de los ciclos de orientaciones de las actividades descritas en la ficha técnica dirigida a colegios públicos del área urbana de Valledupar.						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Docentes y adolescentes de colegios públicos.						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 16 de agosto de 2024 se reúnen en la oficina de la rectoría de la Institución educativa Consuelo Araujo Noguera el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC, el Rector Benjamín Herrera y la Psicorientadora del plantel educativo con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "Cuida lo que comes":

Se da a conocer el motivo de la presente reunión, el cual tiene como fin solicitar formalmente el apoyo de la institución para la realización de un ciclo de orientaciones en salud dirigidas a docentes y adolescentes de los grados octavo y noveno para la promoción de alimentación saludable para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos.

Por lo anterior el rector manifiesta estar de acuerdo con la realización de las actividades y se establece el siguiente cronograma de intervención:

El día 29 de Agosto realizar dos (2) orientaciones en la jornada de la mañana con 4 cursos del grado octavo (8°) distribuidos en 2 horarios así: 801 y 802 de 7:00 a 8:00 a.m y 803 y 804 de 8:00 a 9:00 a.m.

El 1 de Octubre realizar dos (2) orientaciones en la jornada de la mañana con los cursos 901 y 902; 903 y 904.

Se resalta que estaremos dispuestos a coordinar los horarios que mejor se ajusten a las necesidades de su calendario académico, por lo tanto estas fechas estarán sujetas a los cambios que surjan.

Se realiza la concertación además del espacio para la realización de las orientaciones, el cual corresponde al auditorio de la IE que cuenta con las condiciones adecuadas ya que se dispone de televisor para presentación de diapositivas, micrófono, sonido, sillas, mesas y buena ventilación.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar las orientaciones según lo descrito en el cronograma establecido con máximo 1 hora de participación.	PIC- SAN	29 de agosto de 2024 1 de Octubre de 2024
2	Facilitar los recursos para la realización de las orientaciones: Docentes, estudiantes, auditorio.	IE Consuelo Araujo Noguera	29 de agosto de 2024 1 de Octubre de 2024

REGISTROS FOTOGRAFICOS



ANEXOS:	No aplica	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Bolaño
	Nombre:	Olga Yesenia Bolaño.

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Benjamín Herrera	72247837	
	Isabel Calderon	49.787.994	

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	Dimensión seguridad alimentaria y nutricional						
LUGAR:	Institución Educativa Rafael Vallemeza		**FECHA**	16 agosto 2024	**HORA INICIO**	9:00 am	
					HORA FINAL	9:30 am	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**		
TEMA:	Ejecución de las treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.						
OBJETIVO:	Concertar la realización de los ciclos de orientaciones de las actividades descritas en la ficha técnica dirigida a colegios públicos del área urbana de Valledupar.						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Docentes y adolescentes de colegios públicos.						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 16 de agosto de 2024 se reúnen en la oficina de coordinación de la Institución Educativa Rafael ValleMeza el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC, y el coordinador Jhojan Jiménez con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "Cuida lo que comes":

Se da a conocer el motivo de la presente reunión, el cual tiene como fin solicitar formalmente el apoyo de la institución para la realización de un ciclo de orientaciones en salud dirigidas a docentes y adolescentes de los grados octavo y noveno para la promoción de alimentación saludable para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos.

Por lo anterior la coordinadora manifiesta estar de acuerdo con la realización de las actividades y se establece el siguiente cronograma de intervención:

El día 30 de Agosto realizar dos (2) orientaciones en la jornada de la mañana con 3 cursos del grado octavo (8°) distribuidos en 2 horarios así: 801 y 802 de 7:00 a 8:00 a.m y 803 de 8:00 a 9:00 a.m.

El día 18 de Octubre realizar dos (2) orientaciones en la jornada de la mañana con los cursos novenos.

Se resalta que estaremos dispuestos a coordinar los horarios que mejor se ajusten a las necesidades de su calendario académico, por lo tanto estas fechas estarán sujetas a los cambios que surjan.

Se realiza la concertación además del espacio para la realización de las orientaciones, el cual corresponde al auditorio de la IE que cuenta con las condiciones adecuadas ya que se dispone de televisor para presentación de diapositivas, micrófono, sonido, sillas, mesas y buena ventilación.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar las orientaciones según lo descrito en el cronograma establecido con máximo 1 hora de participación.	PIC- SAN	29 de agosto de 2024 1 de Octubre de 2024
2	Facilitar los recursos para la realización de las orientaciones: Docentes, estudiantes, auditorio.	IE Rafael Vallemeza	29 de agosto de 2024 1 de Octubre de 2024

REGISTROS FOTOGRAFICOS



ANEXOS:	No aplica	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Bocanegra
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Bocanegra.

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Jhojan Jimenez Quintero	12647146	Jhojan Jimenez Q.
	Isabel Calderon L.	49.787,994.	

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Dimensión seguridad alimentaria y nutricional									
LUGAR:	Institución Educativa Mayor De Valledupar Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa			**FECHA**	16 agosto 2024		**HORA INICIO**	12:00 m		
							HORA FINAL	12:40 m.		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**					
TEMA:	Ejecución de las treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.									
OBJETIVO:	Concertar la realización de los ciclos de orientaciones de las actividades descritas en la ficha técnica dirigida a colegios públicos del área urbana de Valledupar.									
POBLACIÓN OBJETIVO:	Docentes y adolescentes de colegios públicos.									

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 16 de agosto de 2024 se reúnen en la oficina de coordinación de la Institución Educativa Mayor De Valledupar Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC, y la coordinadora de secundaria la señora Dubis Socará con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "Cuida lo que comes":

Se da a conocer el motivo de la presente reunión, el cual tiene como fin solicitar formalmente el apoyo de la institución para la realización de un ciclo de orientaciones en salud dirigidas a docentes y adolescentes de los grados octavo y noveno para la promoción de alimentación saludable para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos.

Por lo anterior la coordinadora manifiesta estar de acuerdo con la realización de las actividades y se establece el siguiente cronograma de intervención:

El día 11 de Septiembre realizar tres (3) orientaciones en la jornada de la mañana con 3 cursos del grado octavo (8°) distribuidos en 3 sesiones así: 801, 802 y 803.

El 21 de Octubre realizar tres (3) orientaciones en la jornada de la mañana con los cursos 901, 902 y 903.

Se resalta que estaremos dispuestos a coordinar los horarios que mejor se ajusten a las necesidades de su calendario académico, por lo tanto estas fechas estarán sujetas a los cambios que surjan.

Se realiza la concertación además del espacio para la realización de las orientaciones, el cual corresponde a la biblioteca de la IE que cuenta con las condiciones adecuadas ya que se dispone de televisor para presentación de diapositivas, micrófono, sonido, sillas, mesas y buena ventilación.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar las orientaciones según lo descrito en el cronograma establecido con máximo 1 hora de participación.	PIC- SAN	29 de agosto de 2024 1 de Octubre de 2024
2	Facilitar los recursos para la realización de las orientaciones: Docentes, estudiantes, auditorio.	IE Cesar Pompeyo Hinojosa	29 de agosto de 2024 1 de Octubre de 2024

REGISTROS FOTOGRAFICOS



ANEXOS:	No aplica	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	
	Nombre:	Yesenia Diaz.

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Dubis Soraida S.	49.766.730	Dubis Soraida
	Isabel Calderon	49.787,994	
	Ierla cervantes	11240, 24196	Ierla Cervantes.

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Dimensión seguridad alimentaria y nutricional										
LUGAR:	Institución Educativa Milciades Cantillo Costa			**FECHA**	2 Septiembre 2024		**HORA INICIO**	12:00 m.			
							HORA FINAL	12:30 m.			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**						
TEMA:	Ejecución de las treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.										
OBJETIVO:	Concertar la realización de los ciclos de orientaciones de las actividades descritas en la ficha técnica dirigida a colegios públicos del área urbana de Valledupar.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Docentes y adolescentes de colegios públicos.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El dia 2 de septiembre de 2024 se reúnen en la oficina de coordinación de la Institución Educativa Milciades Cantillo Costa, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC, y el coordinador Casimiro Rodriguez con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "Cuida lo que comes":

Se da a conocer el motivo de la presente reunión, el cual tiene como fin solicitar formalmente el apoyo de la institución para la realización de unos ciclos de orientaciones en salud dirigidas a docentes y adolescentes de los grados octavo y noveno para la promoción de alimentación saludable para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos.

Por lo anterior el coordinador manifiesta estar de acuerdo con la realización de las actividades y se establece el siguiente cronograma de intervención:

El dia 24 de septiembre realizar cuatro (4) orientaciones en la jornada de la mañana con 4 cursos del grado noveno (9°) distribuidos en 4 horarios así: 901 a las 7.00 a.m; 902 a las 8:00 a.m; 903 a las 9:00 a.m y 904 a las 10:00 a.m.

El dia 25 de septiembre realizar una (1) orientación con los grados 801 y 802 en la jornada de la mañana en el horario de 7:00 a 8:00 a.m.

El día 03 de Octubre realizar tres (3) orientaciones en la jornada de la mañana con los cursos 803, 804, 805.

Se resalta que estaremos dispuestos a coordinar los horarios que mejor se ajusten a las necesidades de su calendario académico, por lo tanto estas fechas estarán sujetas a los cambios que surjan.

Se realiza la concertación además del espacio para la realización de las orientaciones, el cual corresponde al auditorio de la IE que cuenta con las condiciones adecuadas ya que se dispone de televisor para presentación de diapositivas, micrófono, sonido, sillas, mesas y buena ventilación.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar las orientaciones según lo descrito en el cronograma establecido con máximo 1 hora de participación.	PIC- SAN	24 y 25 de septiembre de 2024 3 de Octubre de 2024
2	Facilitar los recursos para la realización de las orientaciones: Docentes, estudiantes, auditorio.	IE Milciades Cantillo Costa	24 y 25 de septiembre de 2024 3 de Octubre de 2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS



ANEXOS:	Cronograma de actividades		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia R Caladón	
	Nombre:	Olga Yesenia R Caladón	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Casimiro Rodriguez Pastrana	91480929	
	Leila Cervantes Caladón	1124024196	Leila Cervantes C.

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional						
LUGAR:	Institución educativa Consuelo Araujo Noguera	**FECHA**	01 Octubre 2024	**HORA INICIO**	10:00 a.m		
				HORA FINAL	12:00 m.		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientación en salud	
TEMA:	Realizar 30 acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.						
OBJETIVO:	Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre la identificación de alimentos con sellos de advertencias que conllevan a riesgos para la salud y orientarlos hacia la adopción de una alimentación saludable.						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia, adolescencia, juventud, adultez, adulto mayor.						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 10:00 a.m se dio inicio a las acciones de información en salud programadas para el mes de octubre según cronograma de actividades concertado el 16 de agosto en reunión con el rector del plantel educativo, el Sr Benjamín Herrera y la Psico- orientadora Bertha Rangel con el objetivo de formalizar y realizar la articulación con los actores involucrados para Informar de la actividad a realizar y organizar el cronograma de las intervenciones.

A continuación se describe el desarrollo de las orientaciones realizadas el 1 de octubre de 2024 en el auditorio de la Institución educativa, el cual se encontraba acondicionado con sillas, mesas, buena ventilación e iluminación, sonido y equipo para proyección de diapositivas con las cuales se dio a conocer el tema a los participantes asi:

- La primera orientación fue realizada con los cursos 901 y 902 desde las 10:00 a.m hasta las 11:00 a.m. En esta orientación se contó con la participación de 68 asistentes entre estudiantes y docentes.
- La segunda orientación fue realizada desde las 11:00 a.m hasta las 12:00 .m con los cursos 903 y 904. Se contó con la participación de 62 asistentes entre estudiantes y docentes

Durante las dos (2) orientaciones, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC inicia las actividades con la presentación del equipo y posteriormente dan a conocer el objetivo de la actividad organizada a través de la estrategia CUIDA LO QUE COMES y el desarrollo de la misma.

Desarrollo de la actividad

En las dos (2) orientaciones se realizó una actividad educativa de siguiendo lo establecido en la planeación metodológica con el propósito de promover la alimentación saludable entre los estudiantes y docentes y proporcionar una comprensión clara sobre el etiquetado frontal de advertencia y la información nutricional de alimentos y bebidas ultra procesados, conforme a lo establecido en la Resolución 2492 de 2022. Para esto se utilizaron materiales educativos como folletos informativos los cuales fueron entregados a los estudiantes, ejemplos de etiquetas de alimentos y recursos visuales para facilitar la comprensión de los temas tratados con un proyector para presentar de manera interactiva la información en salud donde se les socializó a través de diapositivas la siguiente información:

1. El significado del etiquetado frontal en los alimentos ultra procesados

El etiquetado de advertencia en el frente del paquete es una herramienta simple, práctica y eficaz para informar al público sobre productos que pueden dañar la salud y ayudar a orientar las decisiones de compra.
La ingesta excesiva de estos nutrientes es resultado, en gran medida, de la amplia disponibilidad, asequibilidad y promoción de productos alimentarios procesados y ultra-procesados, que contienen cantidades excesivas de azúcares, grasas y sodio.
Gran parte de la solución consiste en la aplicación de leyes y regulaciones que reduzcan la demanda y la oferta de productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos. Uno de los instrumentos clave de política para regular esos productos con el objeto de prevenir el desequilibrio en la alimentación es la utilización de etiquetas en el frente del envase que indiquen a los consumidores que el producto contiene cantidades excesivas de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y sodio.

Explicación de los elementos del etiquetado frontal de advertencia establecidos por la Resolución 2492 de 2022.
Cómo interpretar las etiquetas para tomar decisiones informadas sobre alimentos y bebidas ultra procesados.

Impacto del consumo de alimentos con advertencias en la salud y se describen los alimentos que los contienen:



Exceder el consumo de **SAL** en la dieta diaria, es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial, problemas en el corazón como insuficiencia cardiaca e infartos, accidente cerebrovascular (hemorragia), daño en riñones que lleva a insuficiencia renal e incluso la posibilidad de presentar cáncer gástrico.

Alimentos con exceso de sodio: enlatados, embutidos, salsas y aderezos, condimentos, caldos en polvo, snack salados.



El consumo excesivo de **GRASAS SATURADAS** puede tener graves consecuencias para la salud, como:
Aumento del colesterol LDL (malo), acumulación de colesterol en las arterias que obstruyen el flujo sanguíneo, aumento del riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, aterosclerosis e infarto cardiaco, Aumento del riesgo de obesidad, aumento del riesgo de cáncer, aumento de la presión arterial.

Alimentos que contienen excesos de grasas saturadas: Mantequilla, aceite de palma y de coco, Carne roja, Embutidos, Leche y sus derivados, Alimentos horneados o fritos, Carnes, incluidas la carne de res, cerdo o aves, especialmente con piel, Crema de leche, Leche entera, Queso o yogur hechos con leche entera.



El consumo elevado de **AZÚCARES** se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer y caries dental.
Alimentos que contienen exceso de azúcar: Refrescos, gaseosas, jugos de fruta azucarados, mermeladas, jaleas, cereales de desayuno, tortas, helados, golosinas o confitería, postres, chocolate, productos de panadería, miel, panela, azúcar de mesa.



El consumo excesivo de **GRASAS TRANS** ocasiona obstrucción de arterias: Aumentan el riesgo de muerte por infarto, aumento del colesterol LDL: acumulación en las arterias, aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares: accidente cerebro vascular, cardiopatía coronaria. Alimentos que contienen exceso de grasas Trans: horneados comerciales, como pasteles, galletas dulces y tortas, Manteca vegetal- margarina, Palomitas para microondas, Pizza, salchipapa, hamburguesa, perro caliente (comida rápida), Frituras, incluidas las papas fritas, las donas y el pollo frito, Crema de leche.

Son muy perjudiciales para el corazón porque son peores que cualquier otro tipo de grasa.
peores que cualquier otro tipo de grasa.



El sello se coloca cuando al producto se le han añadido azúcares durante su procesamiento y representan más de 10% de las calorías totales.
El consumo en exceso a largo plazo puede llevar a obesidad, hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer y enfermedades del corazón.

Alimentos con **EDULCORANTES:** Alimentos con exceso en azúcar como postres, refrescos, gaseosas, caramelos, chicles, golosinas.

2. Comprensión de la información nutricional

Las etiquetas de los alimentos contienen información sobre sobre la cantidad de calorías, porciones y datos nutricionales de los alimentos. Leerlas le ayudará a hacer elecciones saludables al hacer las compras y planificar las comidas.
Siempre verifique primero el tamaño de la porción. Toda la información en la etiqueta se basa en el tamaño de ésta. Muchos paquetes contienen más de 1 porción.

Para **comprender el etiquetado nutricional,** es importante tener en cuenta que:
- La información debe ser precisa, clara y fácil de leer.

- La información obligatoria incluye el valor energético, la cantidad de grasas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal.

- La información nutricional suele estar en la parte frontal del etiquetado, pero debe estar más extensa en el resto del etiquetado.

- La información calórica le indica el número de calorías en 1 porción.
- Para saber si un nutriente es bajo o alto, se puede usar el porcentaje del valor diario (%VD): 5 % o menos es bajo, y 20 % o más es alto.



Siempre se debe observar el tamaño de la porción

Este producto es RICO en grasa total y grasa saturada. Para cada día, se debe tratar de consumir NO MÁS de un total del 100% de éstos



- Al elegir entre diferentes marcas o productos similares, se pueden comparar las etiquetas y elegir los alimentos que tengan la menor cantidad de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio.

El total de carbohidratos está listado en letra negrilla para que se destaque y se mide en gramos (g). El azúcar, el almidón y la fibra vegetal conforman los carbohidratos totales que aparecen en la etiqueta. El azúcar aparece por separado. Todos estos carbohidratos excepto la fibra elevan su azúcar en la sangre.

Verifique la grasa total en 1 porción. Preste atención especial a la cantidad de grasa saturada en 1 porción.
Escoja alimentos que sean bajos en grasa saturada. Por ejemplo, tome leche descremada o al 1% en lugar de leche al 2%, o leche entera. La leche descremada tiene sólo una pequeña cantidad de grasa saturada. La leche entera tiene 5 gramos de esta grasa por porción.

Se debe prestar atención a las grasas trans en cualquier etiqueta de alimentos. Estas grasas elevan el colesterol "malo" y reducen el colesterol "bueno".
Si un alimento contiene estas grasas, la cantidad aparecerá en la etiqueta debajo de la grasa total. Las grasas se miden en gramos. Busque alimentos que no tengan grasas trans o que tengan un contenido bajo de ellas (1 gramo o menos).

El sodio es el ingrediente más importante de la sal. Este número es particularmente importante para las personas que estén tratando de consumir menos sal en su alimentación. Una etiqueta que diga que un alimento tiene 100 mg de sodio significa que este tiene aproximadamente 250 mg de sal. Usted debe consumir menos de 2,300 mg de sodio al día. Esta es la cantidad de sodio en 1 cucharadita de sal de mesa.

3. **Orientación hacia un Plan Alimentario saludable:**

Se brindaron estrategias para reducir el consumo de estos alimentos y optar por alternativas más saludables.



- Recomendaciones nutricionales a los estudiantes y docentes.
- Se orientó hacia la elaboración de un plan alimentario equilibrado que incluya alimentos nutritivos y la reducción de alimentos no saludables.
- Se hizo Promoción de hábitos alimenticios positivos y sostenibles.

Para brindar estas orientaciones se tomó de base las recomendaciones establecidas en las guías alimentarias para población Colombiana mayor de 2 años establecidas por el ICBF y se les socializó el modelo de alimentación sugerido para Colombia- "*El plato saludable de la familia colombiana*" el cual es el ícono de las Guías alimentarias, que nos ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir durante el día para elegir una alimentación variada y saludable. Nuestro país ofrece una gran variedad de alimentos de estos seis grupos, por ello debemos aprovechar esta riqueza y diversidad.

- Cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados.
- Frutas y verduras
- Leche y productos lácteos
- Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas
- Grasas
- Azucares

El propositivo del plato saludable es promover una alimentación que incluya todos o la mayoría de los grupos de alimentos en cantidades adecuadas, frescos y variados. Invitar a consumir alimentos y preparaciones saludables propias de la cultura colombiana. Incentivar el consumo de agua, la actividad física y compartir en la mesa con la familia.

Recomendaciones nutricionales compartidas:

1. Consume alimentos frescos y variados, como lo indica el Plato saludable de la familia colombiana.
2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consume diariamente leche, u otro producto lácteo, y huevo.
3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluye frutas enteras y verduras frescas en cada una de las comidas.
4. Para complementar la alimentación, consume al menos dos veces por semana leguminosas como fríjol, lenteja, arveja o garbanzo.
5. Para prevenir la anemia, los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.

6. Para mantener un peso saludable, reduce el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.
7. Para tener una presión arterial normal, reduce el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete altos en sodio.
8. ¡Cuida tu corazón! Consume aguacate, maní y nueces; disminuye el consumo de aceite vegetal y margarina; evita grasas de origen animal como mantequilla y manteca.
9. Por el placer de vivir saludablemente, realiza actividad física de forma regular.

3. Evaluación

Los participantes mostraron interés y participaron activamente en las discusiones y actividades propuestas.
Realizaron preguntas como: ¿el etiquetado en los alimentos prohíbe su consumo?
A lo cual se les responde que: El propósito de las advertencias nutricionales en el etiquetado frontal del envase es informar a los consumidores de una manera rápida, correcta y sencilla si el producto tiene una cantidad excesiva de azucares, grasas o sodio. No prohíbe al consumidor comprar los productos; solo los ayuda a tomar una decisión fundamentada.

Al finalizar la presentación se realizó una actividad de afianzamiento del tema, la cual consistió en seleccionar varios estudiantes, y a cada uno se les entregó unas fichas con nombres de alimentos ultra procesados los cuales debían ser ubicados debajo de los sellos según el exceso que consideraban contiene cada uno.

4. Conclusiones

Los estudiantes adquirieron una comprensión clara sobre cómo interpretar el etiquetado frontal de advertencia, la información nutricional de la etiqueta de alimentos procesados y la importancia de una alimentación saludable. Se observó una mayor conciencia sobre los riesgos asociados con los alimentos ultra procesados y un interés en adoptar hábitos alimenticios más saludables. Se recomendó continuar con talleres de seguimiento para reforzar el aprendizaje y apoyar la implementación de cambios en la dieta.
Las orientaciones fueron efectivas en promover una mayor comprensión de la nutrición y el etiquetado de alimentos, así como en orientar a los estudiantes hacia prácticas alimenticias saludables. Se destacó la importancia de continuar con la educación y el seguimiento para asegurar la implementación de los conocimientos adquiridos.
Sin más temas por tratar, se da por finalizada las orientaciones, agradeciendo la participación de todos los presentes, se establecen compromisos y se recolectan las firmas de asistencia.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	**Aplicar el Conocimiento Adquirido** Interpretar correctamente las etiquetas de alimentos y bebidas al momento de realizar compras, utilizando la información del etiquetado frontal de advertencia.	Estudiantes y docentes	Permanente
2.	**Compartir la Información** Compartir la información sobre etiquetado frontal y alimentación saludable con familiares y amigos para ampliar el impacto del aprendizaje.	Estudiantes y docentes	Permanente

3.	**Facilitar Asesoria Nutricional** Ofrecer asesoría personalizada o consultas con profesionales de la nutrición para ayudar a los participantes a desarrollar y seguir un plan alimentario adecuado.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Reunión de concertación
16 agosto 2024

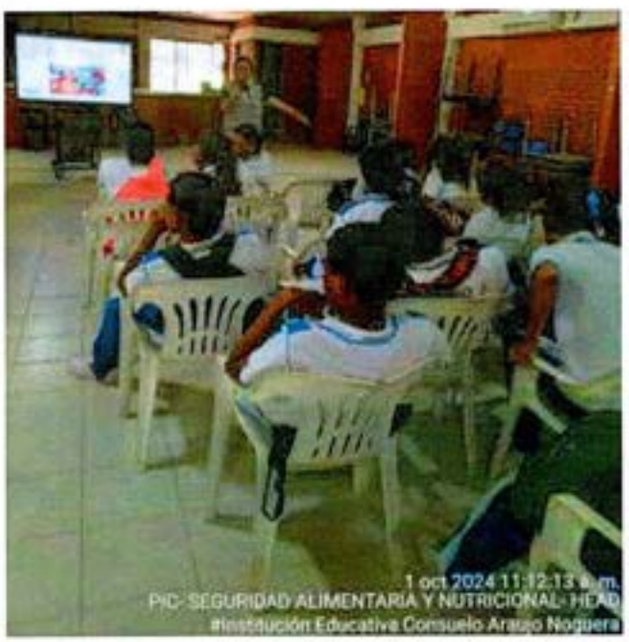


Registro fotográfico 1 de Octubre de 2024

Primera Orientación en salud - Institución educativa Consuelo Araujo Noguera cursos 901 y 902









Registro fotográfico 1 de Octubre de 2024
Segunda Orientación en salud - Institución educativa Consuelo Araujo Noguera cursos 903 y 904









ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Bocadón	
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Celedón	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Benjamín Herrera	72247837	
	Isabel Calderón L.	49.787.909	
	Jully Cordero Arregoces	1005661389	

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: ___ CUAL?: Orientación en salud

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492 /2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD FECHA: 1 octubre 2024

LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera. Grado 901 - 902

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	Ojeda Santiago	1063291349	1	3	4	4		3183160804	- 9°1 Consuelo	Santiago . O
2	Santiago Roca	1066285168	1	3	4	4		3044882894	9°1 Consuelo	Santiago Roca
3	Valentina urueta	1065656162	2	3	4	4		3105593204	9°1 consuelo	Valentina urueta
4	Maria Torres Baena	1065859330	2	3	4	4		3112432151	9°1 ConsueloA	Maria Torres
5	Isabel Serna Castillo	1066879301	2	3	4	4		3182418827	9°1 Consuelo	Isabel Serna
6	Yurley Martinez Pico	1065632094	2	3	4	4		3044830479	9°1 consuelo	Yurley Martinez
7	Sara Varela Simanca	1066287630	2	3	4	4		3233181886	9°1 Consuelo	Sara Varela
8	Maria Jose Bello S.	1067613179	2	3	1	4		3736027778	9°1 Consuelo	Maria Jose B.
9	Angelica Maria Anaya M	1067909015	2	3	4	4		3008233386	9°1 consuelo	
10	Yulitanca Paola Gómez Pena	1092668119	2	3	1	4		3233119769	9°1 consuelo	
11	Cristian David Pabón	1065276815	1	4	4	4		3114136726	Docente	Cristian Pabón
12	Fabian Mario Arteaga	7065634	1	3	4	4		3014577908	9°1 consuelo	
13	Pedro Andres ortega	1065990253	1	3	2	4		3142737113	9°1 consuelo	Pedro
14	Darwin Ivanes	1021929064	1	3	4	4		3126963074	9°1 Consuelo	Darwin Ivanes
15	Andrea Rocha	1067610132	2	3	4	4		3226904468	9°1 consuelo	Andrea Rocha
16	Beiber macias	1042455385	1	3	4	4		3766798367	9°1 consuelo	Beiber macias
17	Vicente Sequeda	1176213242	1	3	4	4		3105763687	9°1 ConsueloA	Vicente Sequeda
18	Donna Mejia	1067614403	2	3	4	4		3136637263	9°1 ConsueloA	Donna Mejia
19	Sahily Maestre	1067611342	2	3	4	4			9°1 Consuelo	Sahily Maestre
20	Maria Echeverria	1080433680	2	3	4	4		3114309184	9°1 Consuelo	Maria Echeverria

*(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 — PIC — HEAD

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?: Orientación en salud

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 10 octubre 2024

LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera Grado 901 - 902.

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	Rogelio Alfonso Acuña M.	1066816583	1	3	4	1		3113955440	901-Consuelo.	Rogelio Acuña.
2	Santiago Mendoza	1066878219	1	3	4	1		3015748490	902-Consuelo	Santiago
3	Esteban Diaz Palomino	1067610420	1	3	4	4		3205249888	901-Consuelo	Diaz Esteban
4	Gustavo Adolfo Barros Bayon	1065634042	1	3	4	4		3025230135	901-Consuelo A.	Gustavo Barros.
5	Maribell del Jesus P.	1065639500	2	3	4	1		3012649297	901-consuelo	Maribell P.
6	Gledys carolina polo	1066877749	2	3	4	4		3016846495	901-consuelo	Gledys P.
7	Nicole Maestre Toledo	1065645454	2	3	2	1		3161420269	901-Consuelo	Nicole Maestre
8	Yelismar Lopez Sosa	1066835193	2	3	4	3		3147500391	901-Consuelo	Yelismar
9	Sharith marmolejo	1050279564	2	3	4	4		3117348477	901-Consuelo	Sharith
10	Mariana betancourt	1066286795	2	3	4	4		3225676167	901-Consuelo	Mariana
11	Ivanna Ibarra	1139324697	2	3	4	4			901 consuelo	Ivanna
12	Jose romero	1065640549	1	3	4	4		3145333369	901 consuelo	JOSE
13	Jhon Rincón	1065626660	1	3	4	4		3217066	901-consuelo	Jhon
14	Anderson machado	1068386514	1	3	4	4			901-Consuelo	
15	Kelly Johana Lima	1066787036	2	3	4	4		3114270205	901-Consuelo	Kelly Lima.
16	Valentina polo	1065647339	2	3	4	1		3045838793	9-1 Consuelo	Valentina
17	marisol meza	1080633334	2	3	4	4		3156273230	9-1 consuelo	marisol meza
18	Nelly Samara Perez	1066875549	2	3	4	4		3241823089	9-1 consuelo	Samara P.
19										
20										

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 10 octubre 2024

LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera Grado 901 - 902

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	Emo Isabel cuello Gutiérrez	1066285325	2	3	4	4			Estudiante 902	
2	Andrea Melissa Lombana	1065630880	2	3	4	4		3225198875	Estudiante 902	Andrea L.
3	María José valle D.	1066286807	2	3	2	1		3003149511	902 - Consuelo A	María José
4	Mariam Pertuz	1066285227	2	3	4	4		3117811480	Estudiante 902	Mariam Pertuz
5	Juliana Rangel	1067607835	2	3	4	4		3043658140	estudiante 902	
6	Hugo Pereira	1066665410	1	3	4	4		3006793387	Estudiante	hugo Pereira
7	Doris A. Yaya Acosta	1069654960	1	3	4	4		3203563138	estudiante 902	
8	Jesus Quintero Barraza	1065625491	1	3	4	4		3045576740	estudiante 902	Jesus Quintero
9	Benjamin Caraballo	1067608674	1	3	4	4		3122255638	estudiante 902	
10	Jose Miguel Tapia	1101.816.106	1	3	4	1		3001904262	estudiante	
11	Carachabes Yorunis	1065625605	2	3	4	4		3233382108	Estudiante	Yoran C.
12	Callao Juan Jose.	1065627005	1	3	4	4		3146192978	Estudiante	Juan C.
13	Navarro Laura.	1067607573	2	3	4	4		3127919	Estudiante	Laura Navarro.
14	Fontecero Shaurith	1065640228	2	3	4	4		3147876	Estudiante	Shaurith C.
15	Romero Daniela	5925351	2	3	4	3		3008300424	Estudiante	Daniela R.
16	Oliveira Yalile.	1067616427	1	3	4	4		3003379078	Estudiante	Luis Oliveira.
17	Navarro Dioner.	1066875081	1	3	4	4		3052780535	Estudiante	Dioner D.
18	Crespo Luis	1014219262	1	3	4	4		3103597917	Estudiante	Luis Crespo
19	Stiven Valbuena.	1067660177	1	3	4	4		3023019985	Estudiante.	Stiven.
20	Yasleidy Betsaday	1066876956	2	3	4	4.		3017022405	Estudiante	Betsaday.

*(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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 1 octubre 2024

LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera Grado 901 - 902.

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	Gellen Sharith Orozco G.	1066286281	2	3	4	4		304 2619077	Estudiante	
2	Xavier Andres Medrano	1067607876	1	3	4	4		3232978206	Estudiante	Xavier Medrano
3	Joel David Pineda C.	1067608988	1	3	1	4		3114112440	Estudiante	Joel Pineda
4	Daniel Alejandro G.	5199822	1	3	4	4		3044584645	Estudiante	David García.
5	Stiven Valbuena	1067610177	1	3	4	4		3052019783	Estudiante	Steven V.
6	Yemerelys Camacho	1065854601	2	3	4	4		3127048576	902 1	Yemerelys C.
7	William Oñate	1.066 380.38	1	3	4	4		301 5841803	902	Oñate W.
8	Elkin Smith	1067608988	1	3	4	4		3126732928	902	Elkin.R
9	LUIS JESUS Camargo	1066284919	1	3	4	4		3125479129	902	LUIS JESUS
10	Duvan Felipe Torres	1067607641	1	3	4	4		3233544178	902	Duvan T.
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 1 octubre 2024

LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera Grado 903 - 904

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	Isaac David Gutierrez	1066288508	1	3	4	1			903	Isaac David
2	Deiner Feliz Aroque	4675651	1	3	4	3		3015[illegible]86	903	Deiner
3	Delvar Arzuaga	4966989	1	3	4	3		3155528[illegible]3	904	Delvar
4	Shayra Aleman	1066637648	2	3	4	4		3015704431	903	Shayra
5	Yusneidys Araujo	1082496860	2	3	4	4		3046503292	903	Yusneidys
6	Jamaii Sanay Alcazar	1126707002	2	3	4	4		3212117237	903	Jamaii
7	Cristal Maria Rios	1067605052	2	3	4	4		3105816[illegible]82	903	Cristal Rios
8	Sara Benavides Gallardo	1065632583	2	3	4	4		3242358888	903	Sara Benavides
9	Ana Gabriela Arueta Ortiz	1063490087	2	3	4	4		3162194611	903	Gabriela Arueta
10	Dayana Paola Diaz Urueta	1066293605	2	3	4	4		3705342753	903	Dayana Diaz
11	Yamila Arzuaga Medina León	7111766	2	3	4	3		3502601492	903	Yamila Arzuaga
12	Yesneidys Barros Sanchez	1065624080	1	3	4	4		3016396032	903	Yesneidys
13	Jesús david palomino	1067605316	1	3	4	4		3146327111	903	Jesús
14	Jhoffer Antonio Barrera	1065618711	1	3	4	1		3146[illegible]225	903	Jhoffer
15	Oscar Perez rojas	1067605860	1	3	4	4		3016[illegible]063	903	Oscar
16	Luis Carlos Gutierrez	1066874998	1	3	4	4		3114365828	903	Luis Carlos
17	Gilbert Avila Pinto	1127597615	1	3	4	1		3117397[illegible]7	903	Gilbert
18	Yoydanis de Arco	1081002241S	1	3	4	4		3502189[illegible]4	903	Yoydanis
19	Cristhian Gabriel Moreno	1092347312	1	3	4	4		3247255320	903	Cristhian
20	Jesús D. Martinez	1128149955	1	3	4	4		3002196[illegible]9	903	Jesús

*(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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 9 octubre 2024

LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera Grado 903 - 904

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	JESUS DAVID ACUÑA PASSO	1060550142[illegible]	01	3	1	1		3045511346	903	
2	Jeider paul yinete cota	105188[illegible]	1	3	2	1		304669[illegible]	903	
3	Yina tatiana Bermudez	1065619314	2	3	4	4		3017496506	903	Yina B.
4	Lucas Joseph Charris Prieto	1066874963	1	3	4	4		3026499694	903	
5	Richard Charris Cerchar	1083[illegible]	1	3	4	4		3225[illegible]	903	Richard C.
6	Yuryis escubar	1065[illegible]	2	3	4	4		3052947113	903	Yuryis
7	Maria camila cabrera	1006[illegible]	2	3	4	4		3163582[illegible]	93	Camila
8	Audrey fernanda Mejia	1066280993	2	3	4	4		3114241433	903	Fernanda Mejia
9	Yeiner Rodriguez	1065614925	1	3	4	4		3215368[illegible]	903	
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR 2024 — PIC — HEAD

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?: Orientación en Salud

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 1 Octubre 2024.

LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera Grado 903-904

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	Mariana Peña Collazos	1067609320	2	3	4	4		3014094[illegible]	9-4	Mariana,
2	Valeria Pitter Guillen	1066874[illegible]	2	3	4	4		3[illegible]4250	9°-4	Valeria
3	Karla y Ch Pacheco	1065894450	2	3	4	4		3249990122	9-4	Karla
4	Yaniana H Bolelly E	1067601374	2	3	4	4		3224928878	9-04	Yaniana
5	Dana M Caballero A.	1066282015	2	3	4	4		3014790942	9-04	Caballero
6	Neily Gomez	49.786.36	2	5	4	4		3158366457	Docente	
7	Ashanty Oñate B.	1007409434	2	3	4	4		3046767074	9-04	
8	Naylin Rincon	1065638273	2	3	4	4		3005[illegible]0850	9-4	Naylin-
9	Valentina Reales	1067602584	2	3	4	4		3015711121	9°4	Valen Reales
10	Valery Villalobos	1065612092	2	3	4	4		3015642044	904	Valery Villalobo
11	Orlando Martinez	1121535353	1	3	4	4			904	Orlando Martinez
12	Hermes Arregoces	1065619602	1	3	4	4		3234839126	9-04	
13	Cortés P. Luis	1063955502	1	3	4	4		3045[illegible]861	9-04	
14	Gerbanis Matias Sierra	1062397575	1	3	4	4		3137[illegible]9458	904	
15	Johan Simanca	1124020628	1	3	4	4		3224[illegible]1685	904	Johan
16	Santiago Restrepo	1004[illegible]6227	1	3	4	4		2154[illegible]1215	904	
17	Misael Rivera	1065612183	1	3	4	4		3013578[illegible]	904	
18	Yoiner A. Ochoa C.	1066893959	1	3	4	4		3005665597	9-04	
19	Heyder J. Polanco M.	1065549926	1	4	4	4		3011896820	904	
20	Santiago Soate	1065567744	1	3	4	4			904	

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 1 octubre 2024.

LUGAR: I.E. Consuelo Araujo Noguera Grado 903 - 904

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	Juranis Lorent Lopez	1028887008	2	3	4	4		3025268996	9-04	Juranis L.
2	Luis Fernando Cabrera G.	1065605232	1	3	4	4		3145097074	9-04	Luis
3	Kevin sebastian torres ortega	1081977278	1	3	4	1		3023072597	9-04	Kevin
4	Danna pacheco M.	1031654877	2	3	4	4		3193156792	9-04	Danna P.
5	Brenda ocaño V	1065619259	2	3	4	4		3246137052	9-04	Brenda V.
6	Yovelis Alvarez	1081917545	2	3	4	4		3502399693	9-04	Yovelis A.
7	William Noll B	1065.[illegible]	1	4	4	4		3005963510	Docente	[illegible]
8	Rafael Medina	1066872418	1	3	4	4		3135041263	9-04	Rafael.
9	Cristian José	1235241773	1	3	4	4		3126781148	904	Cristian
10	MAURICIO Pacheco	1066873497	1	3	4	4		3173693263	904	MAURICIO
11	RAFAEL MARTINEZ	1064556127	1	3	4	4		3043117826	904	[illegible]
12	Darwin Jure Z	1066876329	1	3	4	4		3006079491	904	Jure Z
13	Sergio Benjumea	1065622496	1	3	4	4		3229655810	904	Sergio.
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.

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional										
LUGAR:	Instituciones educativas Técnica La Esperanza			**FECHA**	2 Octubre 2024			**HORA INICIO**	9:00 am		
								HORA FINAL	11:00 am		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientaciones en salud					
TEMA:	Realizar 30 acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.										
OBJETIVO:	Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre la identificación de alimentos con sellos de advertencias que conllevan a riesgos para la salud y orientarlos hacia la adopción de una alimentación saludable.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia, adolescencia, juventud, adultez, adulto mayor.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El 2 de Octubre de 2024 se dio continuidad al desarrollo de las acciones de información en salud programadas durante reunión con los directivos de la institución educativa (IE) con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES" y establecer el cronograma para las intervenciones en esta institución educativa.

Siguiendo el cronograma de actividades establecido se desarrollaron las siguientes orientaciones el 2 de octubre así:

Se realizaron dos (2) acciones de información en salud con los cursos del grado noveno:

- Primera orientación realizada con los cursos 901 y 902 desde las 9:00 a.m hasta las 10:00 a.m en la cual se contó con la asistencia de 70 participantes entre estudiantes y docentes.

- Segunda orientación fue realizada con el curso 903 a partir de las 10:00 contando con la asistencia de 34 participantes entre estudiantes y docente.

Siendo las 9:00 a.m, en las aulas de clase de la IE, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC, inician las orientaciones con la presentación del equipo y dando a conocer el objetivo de la actividad organizada a través de la estrategia CUIDA LO QUE COMES y el desarrollo de la misma.

Desarrollo de la actividad

En las dos (2) orientaciones se realizó una actividad educativa con el propósito de promover la

alimentación saludable entre los estudiantes y docentes y proporcionar una comprensión clara sobre la información del contenido nutricional y el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados, conforme a lo establecido en la Resolución 2492 de 2022. Para esto se utilizaron materiales educativos como folletos informativos los cuales fueron entregados a los estudiantes, muestra de ejemplos de etiquetas de alimentos y recursos visuales para facilitar la comprensión de los temas tratados con un proyector para presentar de manera interactiva la información en salud donde se les socializó a través de diapositivas la siguiente información:

1. **El significado del etiquetado frontal en los alimentos ultra procesados**

El etiquetado de advertencia en el frente del paquete es una herramienta simple, práctica y eficaz para informar al público sobre productos que pueden dañar la salud y ayudar a orientar las decisiones de compra.

La ingesta excesiva de estos nutrientes es resultado, en gran medida, de la amplia disponibilidad, asequibilidad y promoción de productos alimentarios procesados y ultra-procesados, que contienen cantidades excesivas de azúcares, grasas y sodio.

Gran parte de la solución consiste en la aplicación de leyes y regulaciones que reduzcan la demanda y la oferta de productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos. Uno de los instrumentos clave de política para regular esos productos con el objeto de prevenir el desequilibrio en la alimentación es la utilización de etiquetas en el frente del envase que indiquen a los consumidores que el producto contiene cantidades excesivas de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y sodio.

Explicación de los elementos del etiquetado frontal de advertencia establecidos por la Resolución 2492 de 2022.
Cómo interpretar las etiquetas para tomar decisiones informadas sobre alimentos y bebidas ultra procesados.

Impacto del consumo de alimentos con advertencias en la salud y se describen los alimentos que los contienen:



Exceder el consumo de **SAL** en la dieta diaria, es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial, problemas en el corazón como insuficiencia cardiaca e infartos, accidente cerebrovascular (hemorragia), daño en riñones que lleva a insuficiencia renal e incluso la posibilidad de presentar cáncer gástrico.

Alimentos con exceso de sodio: enlatados, embutidos, salsas y aderezos, condimentos, caldos en polvo, snack salados.



El consumo excesivo de **GRASAS SATURADAS** puede tener graves consecuencias para la salud, como:
Aumento del colesterol LDL (malo), acumulación de colesterol en las arterias que obstruyen el flujo sanguíneo, aumento del riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, aterosclerosis e infarto cardíaco, Aumento del riesgo de obesidad, aumento del riesgo de cáncer, aumento de la presión arterial.

Alimentos que contienen excesos de grasas saturadas: Mantequilla, aceite de palma y de coco, Carne roja, Embutidos, Leche y sus derivados, Alimentos horneados o fritos, Carnes, incluidas la carne de res, cerdo o aves, especialmente con piel, Crema de leche, Leche entera, Queso o yogur hechos con leche entera.



El consumo elevado de **AZÚCARES** se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer y caries dental.

Alimentos que contienen exceso de azúcar: Refrescos, gaseosas, jugos de fruta azucarados, mermeladas, jaleas, cereales de desayuno, tortas, helados, golosinas o confitería, postres, chocolate, productos de panadería, miel, panela, azúcar de mesa.



El consumo excesivo de **GRASAS TRANS** ocasiona obstrucción de arterias: Aumentan el riesgo de muerte por infarto, aumento del colesterol LDL: acumulación en las arterias, aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares: accidente cerebro vascular, cardiopatía coronaria.

Alimentos que contienen exceso de grasas Trans: horneados comerciales, como pasteles, galletas dulces y tortas, Manteca vegetal- margarina, Palomitas para microondas, Pizza, salchipapa, hamburguesa, perro caliente (comida rápida), Frituras, incluidas las papas fritas, las donas y el pollo frito, Crema de leche.

Son muy perjudiciales para el corazón porque son peores que cualquier otro tipo de grasa.



El sello se coloca cuando al producto se le han añadido azúcares durante su procesamiento y representan más de 10% de las calorías totales.
El consumo en exceso a largo plazo puede llevar a obesidad, hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer y enfermedades del corazón.

Alimentos con **EDULCORANTES:** Alimentos con exceso en azúcar como postres, refrescos, gaseosas, caramelos, chicles, golosinas.

2. Comprensión de la información nutricional

Las etiquetas de los alimentos contienen información sobre sobre la cantidad de calorías, porciones y datos nutricionales de los alimentos. Leerlas le ayudará a hacer elecciones saludables al hacer las compras y planificar las comidas.
Siempre verifique primero el tamaño de la porción. Toda la información en la etiqueta se basa en el tamaño de ésta. Muchos paquetes contienen más de 1 porción.

Para **comprender el etiquetado nutricional,** es importante tener en cuenta que:
- La información debe ser precisa, clara y fácil de leer.

- La información obligatoria incluye el valor energético, la cantidad de grasas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal.

- La información nutricional suele estar en la parte frontal del etiquetado, pero debe estar más extensa en el resto del etiquetado.

- La información calórica le indica el número de calorías en 1 porción.
- Para saber si un nutriente es bajo o alto, se puede usar el porcentaje del valor diario (%VD): 5 % o menos es bajo, y 20 % o más es alto.

- Al elegir entre diferentes marcas o productos similares, se pueden comparar las etiquetas y elegir los alimentos que tengan la menor cantidad de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio.



El total de carbohidratos está listado en letra negrilla para que se destaque y se mide en gramos (g). El azúcar, el almidón y la fibra vegetal conforman los carbohidratos totales que aparecen en la etiqueta. El azúcar aparece por separado. Todos estos carbohidratos excepto la fibra elevan su azúcar en la sangre.

Verifique la grasa total en 1 porción. Preste atención especial a la cantidad de grasa saturada en 1 porción. Escoja alimentos que sean bajos en grasa saturada. Por ejemplo, tome leche descremada o al 1% en lugar de leche al 2% o leche entera. La leche descremada tiene sólo una pequeña cantidad de grasa saturada. La leche entera tiene 5 gramos de esta grasa por porción.

Se debe prestar atención a las grasas trans en cualquier etiqueta de alimentos. Estas grasas elevan el colesterol "malo" y reducen el colesterol "bueno".
Si un alimento contiene estas grasas, la cantidad aparecerá en la etiqueta debajo de la grasa total. Las grasas se miden en gramos. Busque alimentos que no tengan grasas trans o que tengan un contenido bajo de ellas (1 gramo o menos).

El sodio es el ingrediente más importante de la sal. Este número es particularmente importante para las personas que estén tratando de consumir menos sal en su alimentación. Una etiqueta que diga que un alimento tiene 100 mg de sodio significa que este tiene aproximadamente 250 mg de sal. Usted debe consumir menos de 2,300 mg de sodio al día. Esta es la cantidad de sodio en 1 cucharadita de sal de mesa.

3. **Orientación hacia un Plan Alimentario saludable:**

Se brindaron estrategias para reducir el consumo de estos alimentos y optar por alternativas más saludables.



- Recomendaciones nutricionales a los estudiantes y docentes.
- Se orientó hacia la elaboración de un plan alimentario equilibrado que incluya alimentos nutritivos y la reducción de alimentos no saludables.
- Se hizo Promoción de hábitos alimenticios positivos y sostenibles.

Para brindar estas orientaciones se tomó de base las recomendaciones establecidas en las guías alimentarias para población Colombiana mayor de 2 años establecidas por el ICBF y se les socializó el modelo de alimentación sugerido para Colombia- "*El plato saludable de la familia colombiana*" el cual es el Icono de las Guías alimentarias, que nos ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir durante el día para elegir una alimentación variada y saludable. Nuestro país ofrece una gran variedad de alimentos de estos seis grupos, por ello debemos aprovechar esta riqueza y diversidad.

- Cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados.
- Frutas y verduras
- Leche y productos lácteos
- Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas
- Grasas
- Azucares

El propositivo del plato saludable es promover una alimentación que incluya todos o la mayoría de los grupos de alimentos en cantidades adecuadas, frescos y variados. Invitar a consumir alimentos y preparaciones saludables propias de la cultura colombiana. Incentivar el consumo de agua, la actividad física y compartir en la mesa con la familia.

Recomendaciones nutricionales compartidas:

1. Consume alimentos frescos y variados, como lo indica el Plato saludable de la familia colombiana.
2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consume diariamente leche, u otro producto lácteo, y huevo.
3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluye frutas enteras y verduras frescas en cada una de las comidas.
4. Para complementar la alimentación, consume al menos dos veces por semana leguminosas como fríjol, lenteja, arveja o garbanzo.

5. Para prevenir la anemia, los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.
6. Para mantener un peso saludable, reduce el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.
7. Para tener una presión arterial normal, reduce el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete altos en sodio.
8. ¡Cuida tu corazón! Consume aguacate, maní y nueces; disminuye el consumo de aceite vegetal y margarina; evita grasas de origen animal como mantequilla y manteca.
9. Por el placer de vivir saludablemente, realiza actividad física de forma regular.

3. Evaluación

Los participantes mostraron interés y participaron activamente en las discusiones y actividades propuestas.
Realizaron preguntas como: ¿Cuáles son los alimentos más perjudiciales para la salud?
A lo cual se les responde que: si el producto tiene una cantidad excesiva de azucares, grasas o sodio se debe evitar su consumo ya que conlleva a la presencia de enfermedades crónicas y que estar atentos a las etiquetas de los productos nos ayudará a reconocerlos con facilidad.
¿Cómo podemos reemplazar los alimentos ultra procesados por opciones más saludables?
Se responde a través de la socialización del plato saludable de la familia colombiana, brindándoles opciones de menús balanceados en cuanto a porciones y aporte de nutrientes esenciales para la etapa de desarrollo o curso de vida en el que se encuentran.

Al finalizar la presentación se realizó una actividad de afianzamiento del tema, la cual consistió en seleccionar varios estudiantes, y a cada uno se les entregó unas fichas con nombres de alimentos ultra procesados los cuales debían ser ubicados debajo de los sellos según el exceso que consideraban contiene cada uno aplicando los conocimientos adquiridos durante estas orientaciones.

4. Resultados y Observaciones

Los estudiantes adquirieron una comprensión clara sobre cómo interpretar el contenido nutricional, etiquetado frontal de advertencia y la importancia de una alimentación saludable. Se observó una mayor conciencia sobre los riesgos asociados con los alimentos ultra procesados y un interés en adoptar hábitos alimenticios más saludables. Se recomendó continuar con talleres de seguimiento para reforzar el aprendizaje y apoyar la implementación de cambios en la dieta.

El rector de la institución agradéceme por estos espacios de aprendizajes y manifiesta su interés por continuar participando en futuras intervenciones.

5. Conclusiones

Las orientaciones fueron efectivas en promover una mayor comprensión de la nutrición y el etiquetado de alimentos, así como en orientar a los estudiantes hacia prácticas alimenticias saludables. Se destacó la importancia de continuar con la educación y el seguimiento para asegurar la implementación de los conocimientos adquiridos.

Sin más temas por tratar, se da por finalizada la sesión, agradeciendo la participación de todos los presentes y se establecen compromisos.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	**Aplicar el Conocimiento Adquirido** Interpretar correctamente las etiquetas de alimentos y bebidas al momento de realizar compras, utilizando la información del etiquetado frontal de advertencia.	Estudiantes y docentes	Permanente
2.	**Compartir la Información** Compartir la información sobre etiquetado frontal y alimentación saludable con familiares y amigos para ampliar el impacto del aprendizaje.	Estudiantes y docentes	Permanente
3.	**Facilitar Asesoría Nutricional** Ofrecer asesoría personalizada o consultas con profesionales de la nutrición para ayudar a los participantes a desarrollar y seguir un plan alimentario adecuado.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	2024

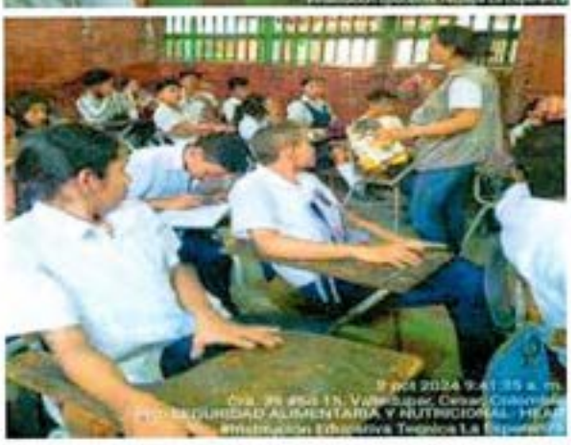
REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Reunión de concertación Institución Educativa Técnica la Esperanza
16 agosto 2024




Registro fotográfico 2 Octubre 2024
Orientación de información en salud en salud - Institución educativa Técnica la Esperanza





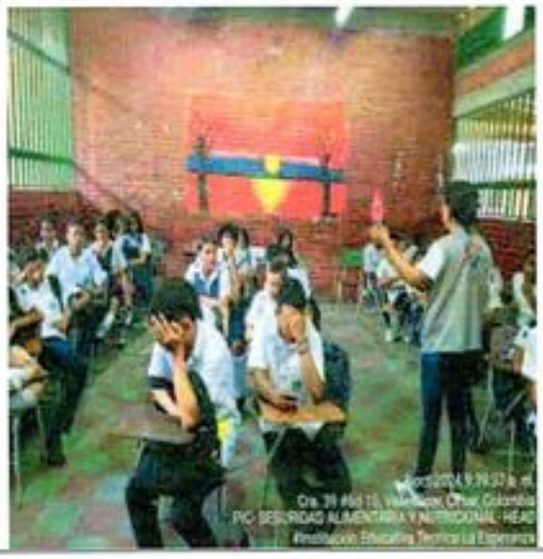

Registro fotográfico 2 Octubre 2024

Orientaciones de información en salud - Institución educativa Técnica la Esperanza









ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Daza Calledon.	
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Calledon	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Oscar Ismir Ortega Bolivar	73.074.685	
	Isabel Calderon L	49.787.994	

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidos a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

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

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC- HEAD. FECHA: 2 octubre 2024

LUGAR: I.E Técnico La Esperanza Grado 901 - 902

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMAS: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PPL 3. DISCAPACITADO 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Johanis Garcia	1080571632	2	3	4	4		3215615833	I.nT 9°1	Johanis
2	Efrain Gomez Anaya	1081921435	1	3	4	4		3008110753	Ins. Tec Esperanza901	Gomez E.
3	Valery Villanevo	1067607765	2	3	4	4		3011187722	Tec Esperanza 901	Valery V.
4	Daniela Miranda T.	1067609539	2	3	4	1		3188207200	Tec esperanza 901	Daniela.
5	Danith Rodriguez B	1085173548	2	3	4	4		3244390041	Tec. la esperanza	Danith R.
6	Alexander Gomez	32189163	1	3	4	3		3122310555	Tec Esperanza 902	Alexander
7	Andres Bolaño	1031821354	1	3	4	3		3209414474	Tec. Id. Esperanza	ANDRES.
8	Kathin Montaluo	1066813989	2	3	4	4		3207187961	Te. la Esperanza	Kathin
9	Marangel Guerrero	1046338932	2	3	4	4		3117361142	I.E Tecnica Esper	Marangel G.
10	Marly estrada lopez	7035329799	2	3	4	4		3216870575	IE Tecnica Valledupar	marly estrada
11	Yineth Carolina Atencia	1066875741	2	3	4	4		3003128338	I.E Tecnica la esperanza	Yineth Atencia
12	Angel David mojica	1066287024	1	3	4	4		3052891545	I.E. esperanza	Angel mojica
13	Angela Rojas velasco	1091812983	2	3	4	4		3138236686	I.E Tecnica esperanza	Angela Rojas V.
14	JAJ AL. Villero Rivera	1065675292	1	3	4	1		3117827193	I.E Tecnica esperanza	JAJ villero
15	Luis Jose Martinez Morales	1067606000	1	3	4	4		3207072170	I.E Esperanza	Luis Martinez
16	Danis Amaya	1064782409	2	3	4	4		3044866519	I.E esperanza	Danis.
17	Edwin Jararoza	1085009089	1	3	4	4		3207298415	I.E esperanza	Edwin.
18	Adrian alvarado Jimenez	1063601558	1	3	4	4			T.E esperanza	Adrian.
19	Leidis Dayana Cocimo	1067606047	2	3	4	4			T.E esperanza	Leidis Dayana.
20	Jeison Stith Lora	1068878003	1	3	4	4			T.E Esperanza	Jeison S.

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

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

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: REUNION: CAPACITACION: OTRO: CUAL: Orientación en salud

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidos a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD FECHA: 20 octubre 2024

LUGAR: I.E Técnico La Esperanza Grado 9°1 - 9°2

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. Infancia (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. Adolescencia (6 años a 11 años 11 meses 29 días) 3. Juventud (12 años a 18 años 11 meses 29 días) 4. Adultez (19 años a 59 años 11 meses 29 días) 5. Adulto mayor (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMAS: 1. DESPLAZADO 2. DESPLAZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. DISCAPACIDAD 2. AFRO 3. GESTANTE 4. LACTANTE 5. MIGRANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Salmy maestre	1067602056	2	3	1	1		3186247870	Int. 901	salmy maestre.
2	Genesis Rodelo	1065916691	2	3	4	4		3002393400	Esperanza 901	Genesis Rodelo
3	Jose Miguel Ramirez	1065812245	1	3	4	4		3016703184	Intitucion esperanza	Jose Miguel.
4	Kathy moreno	1066878013	2	3	4	4		3042055532	esperanza 9°01	Kathy Moreno
5	Jhonatan Carreño	1065820672	1	3	4	1		3233558161	Esperanza 9°01	Jhonatan
6	Santiago Bello	1066288662	1	3	4	4		3013254962	Esperanza 901	Santiago
7	Manuel Meza C.	1066282991	1	3	4	4		3206073173	Tec. Esperanza 901	Manuel Meza C
8	Yoleida Molina Luquez	26.945.379	2	5	4	4		3152039430	Tec Docente	yoleida Molina
9	Maria Pereira De Angel	1065.867.707	2	3	4	1		3017240733	Tec. esperanza	Maria Pereira
10	Sharol Yoleth Molina	1065637282	2	3	4	4		3216484257	Ie esperanza 901	Sharol Yoleth
11	yoly Brigo Bravo	1066875491	2	3	4	4		3004747677	I.E Esperanza	yoly
12	Yohan Osorio Cardenas	1065825593	1	3	4	4		3007787555	I.E. Esperanto	Yohan Osorio.
13	Juan Silva Ruz.	1066884965	1	3	4	4		3218573230	Ie. esperanza	Juan Silva
14	Maryuris Mercado	1065607140	2	3	4	4		3249016918	Ie. esperanza	Maryuris
15	Jhon Rubio	1066284406	1	3	4	4		3243582437	Ie. esperanza	Jhon Rubio
16	Gileth Avendaño Garcia	1.028.485.610	2	3	4	4		301 7009329	I.E. Esperanza	Gileth Avendaño
17										
18										
19										
20										

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

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigida a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 20 octubre 2024.

LUGAR: I.E. Tecnico la Esperanza Grado 901-902

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. RROM 2. INDIGENA 3. NONE 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. JAC 3. EMBARAZO 4. LACTANTE 5. CUIDADOR	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Natasha nicol Duran B.	1066286263	3.	5	4	4		3205027929	Tec. Esperanza 902	Natasha Duran
2	Shiara Nicol carpio c.	7751187697	2.	3.	4.	1.			Tec. Esperanza 902	Shiara Carpio
3	Eimar Del Valle Gil Gil	5921446	2.	3.	4	3		3003289468	Tec. Esperanza 902	Eimar
4	Fanuth Pomeo Rojas	1.066.768.363	1	3	4	1		3018119919	Tec. Esperanza 902	
5	Valerie Romero Rojas	1066975588	2	3	4	1		3218166011	Tec. Esperanza	Valerie Romero
6	Luis Daniel Romero Daza	1066286673	7	3	4	7		3226159673	Tec. Esperanza 902	
7	Maickol Ortiz M.	1067609099	1	3	4	4		3042818737	Tec. Esperanza 902	Maickol.
8	Thaliana olivera	1062808982	2	3	4	4		3203330230	Tec. Esperanza 902	Thaliana.
9	Astrid Fernandez	5852406	2	3	4	3		3016569230	Tec. Esperanza 902	
10	Camilo Zapata	1065640793	1	3	2	4		3178860373	Tec. Esperanza 902	Camilo
11	Jhonalex Jimenez	1067605932	1	3	2	1		3043825396	Tec. Esperanza	Jhonalex Jimenez.
12	Daniel Segovia G.	1065634152	1	3	2	1		3155961887	Tec. Esperanza	Daniel Segovia
13	Daniel David Ochoa yurman	1064606736	1	3	4	4		3215503434	tec. esperanza	Daniel Ochoa
14	Brinaldo Jaimes	1065637370	1	3	4	1		3016154272	tec. esperanza	
15	Andres Quintero	1063563307	1	3	4	1		3506488402	Tec. Esperanza	Andres Quintero
16	Ricardo Vasquez	1065632449	1	3	4	1		3124750007	Tec. Esperanza	Ricardo Vasquez
17	Juan David Torres Salgado	1065614498	1	3	4	4		3028727071	Tec. Esperanza 902	
18	Brayder Jose Dona	1065642929	1	3	4	4		3146457256	Tec. Esperanza	Brayder Dona
19	Wendy vanesa Angulo	1082474172	2	3	4	4		3015495552	Tec. esperanza	
20	Andres mojica cardenas	1067607376	1	3	4	4		3004379191	Tec. Esperanza	

*(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?: Orientación en salud

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD FECHA: 20 octubre 2024

LUGAR: I.E. Técnico La Esperanza. Grado 901-902

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. NARP 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. VICTIMARIO 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR(A) 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Santiago Cabal	1067607280	3	3	4	4		3025483577	Tec. Esperanza 902	Santiago Cabal
2	Kendry Cordoba	1065622506	2	3	4	4		3052832644	Tec. Esperanza 902	Kendry C.
3	Lisney Martinez	1067610835	2	3	4	4		3013315713	Tec. Esperanza 902	
4	Juranis Vanegas	1065637808	2	3	4	1		3023018206	Tec. Esperanza 902	Juranis Vanegas
5	Stefany Camperos	1065626261	2	3	4	4		3225675059	Tec. Esperanza	Stefany
6	Natalia Montero	1065643438	2	3	4	1		3015963833	Tec. Esperanza	Natalia Montero
7	Marleides Yepez	1067604643	2	3	4	4		3206864418	Tec. Esperanza	Marleides.
8	Dorna Rodriguez	1065626786	2	3	4	4		3046457040	Tec. Esperanza	Dorna
9	Analia Morales	1066875682	2	3	4	4		3014762071	Tec. Esperanza	Analia Morales.
10	Dianis Acosta	1065604319	2	3	4	4		3009946876	Tec. Esperanza	Dianis Acosta
11	Naomy Rivas	1067609896	2	3	4	1		3215402085	Tec. Esperanza	Naomy Rivas
12	Medrano Victor	1065650260	1	3	4	4		3024876951	Tec. Esperanza	Medrano Victor
13	Samuel Muestre	1066567856	1	3	4	4		3213157259	Tec. Esperanza	Samuel Muestre
14	DIEGO MARQUEZ	1067611189	1	3	4	4		3014656693	Tec. ESPERANZA	DIEGO MARQUEZ
15										
16										
17										
18										
19										
20										

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 20 octubre

LUGAR: I.E. Técnico La Esperanza. Grado 903

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: a. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) b. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) c. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) d. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) e. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) f. 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/A 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Ihoadma michell Rocca	1067609085	2	3	4	4		3013143440	Tec. Esperanza 903	Ihoadma Rocca
2	Helen Paola Cardenas	1019065262	2	3	4	4		3163902117	Tec. Esperanza 903	Helen Ca
3	Carlos A. Perea Palomino	1066286888	1	3	4	4		3117706378	Tec. Esperanza 903	Carlos Perea
4	Jose david castellanos	1064178054	1	3	4	4		3057669485	tec esperanza 903	
5	misael sierra	1065619626	1	3	4	4		3215385986	tecnico la esperanza	
6	Ortiz rueda Diego andres	1067610736	1	3	4	4		3145587478	TEC. esperanza 903	Diego
7	Keilys daniela salatar	1065636993	2	3	4	4		3105104218	Tec. esperanza 903	
8	Jashais Milena Jimenez M.	1065636427	2	3	4	4		3024977592	Tec. esperanza	
9	Sarai Alexandra Carvajal	3217546186	2	3	4	3		3219546186	Tec. Esperanza	Sara C.
10	Valentina Miranda Martinez	1128154445	2	3	4	2		3226232441	Tec esperanza	Valen. M
11	Willy josel Torrado Diaz	1067604603	1	3	4	2		3019034635	Tec esperanza	Willy
12	Gustavo Andres R.	1067663385	1	3	4	2		3009946642	Tec. esperanza	Rincucido.
13	Estefany Mayo	1065886441	2	3	4	4		3022146366	Tec Esperanza	Michel
14	Nathaly Hernandez	1067611198	2	3	4	1		3006525473	Tec Esperanza	
15	Rebeca Andrea Mendoza	1065624560	2	3	2	1		3008084962	Tec. Esperanza	Rebeca Andrea M.
16	Gabriela Gonzalez Blanco	4227887	2	3	4	3		3163907591	Tec. Esperanza	Gabriela
17	Jose Javier Fontalvo	1063961025	1	3	4	4		3013966472	Tec. Esperanza	Jose javier
18	Milena Isabel Cabrera R.	1083053896	2	3	4	4		3025910267	tec. esperanza	
19	Luis Angel Gonzalez M	1006874791	1	3	2	1		312 2808150	Tec. esperanza	
20	Yefner Gutierrez	1067609472	1	3	4	4		3174774436	TEC 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 2024

"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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en Colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD FECHA: 20 octubre

LUGAR: I.E Tecnico La Esperanza Grado 903

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. MASCULINO 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. VICTIMA 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PPL 3. CUIDADOR(A) 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Ana Isabel Vega Ropero	27.004.709	2	5	4	4		3147765433	Docente	Ana Isabel Vega
2	Yordin lopez	106.7605878	1	3	1	4		3245464867	Estudiante	Yordin
3	Alex Andres zuleta T.	1066876675	1	3	4	4		3215535328	Tec. Esperanza 903	Alex Zuleta.
4	Jhelyng David Martinez	1066878123	1	3	2	1		3135410230	Estudiante 903	Jhelyng M.A
5	Anderzon Joel Arrieta	1066877183	1	3	4	4		3012253183	Estudiante 903	
6		1214469951	1	3	4	4		3122668897	Estudiante	
7	Miguel Meneses	1067606445	1	3	4	4		3148391637	Estudiante 903	
8	Karen Julieth pacheco	1067612163	2	3	2	1		3502278426	903	
9		1067607402	2	3	4	4		3147559843	Estudiante 903	
10	marlon eiran Castro	1081002425	1	3	4	4		3122088112	Estudiante 903	marlon
11	Luz Elena Molina	1081811178	2	3	4	4		3135422857	Estudiante 903	Luz Molina
12	Yakelin Loira	1065209909	2	3	4	4		3128026511	Estudiante 903	Yakelin Loira
13	Sebastian Arrieta	1066872939	1	3	4	4			Estudiante 903	
14	Gustavo Cadro Dias.	1067608849	1	3	4	4		3225177208	estudiante	Gustavo Cordoba
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.

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional										
LUGAR:	Institución educativa Milciades Cantillo Costa			**FECHA**	3 Octubre 2024		**HORA INICIO**	8:30 a.m			
							HORA FINAL	12:00 m			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientaciones en salud					
TEMA:	Realizar 30 acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.										
OBJETIVO:	Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre la identificación de alimentos con sellos de advertencias que conllevan a riesgos para la salud y orientarlos hacia la adopción de una alimentación saludable.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia, adolescencia, juventud, adultez, adulto mayor.										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 3 de octubre se da continuidad al desarrollo de las acciones de información en salud siguiendo el cronograma de actividades establecido durante reunión de concertación realizada entre el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC y el coordinador académico de la institución educativa, el Señor Casimiro Rodríguez con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES".

Se realizan este día tres (3) orientaciones con los siguientes grupos asi:

- Primera orientación inicia a las 8:30 a.m con la asistencia de 31 participantes entre estudiantes y docente del curso 803.
- Segunda orientación inicia a las 10:00 a.m con los estudiantes y docente del curso 805 con la asistencia de 35 participantes.
- Tercera orientación fue realizada a las 11:00 a.m con la asistencia y participación de 35 estudiantes y docente del curso 804.

Desarrollo de la actividad

En las tres (3) orientaciones se realizó una actividad educativa con el propósito de promover la alimentación saludable entre los estudiantes y docentes y proporcionar una comprensión clara sobre la información nutricional y el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados, conforme a lo establecido en la Resolución 2492 de 2022. Para esto se utilizaron materiales educativos como folletos informativos los cuales fueron entregados a los estudiantes, muestra de ejemplos de etiquetas de alimentos y recursos visuales para facilitar la comprensión de los temas tratados con un

proyector para presentar de manera interactiva la información en salud donde se les socializó a través de diapositivas la siguiente información:

1. **El significado del etiquetado frontal en los alimentos ultra procesados**

El etiquetado de advertencia en el frente del paquete es una herramienta simple, práctica y eficaz para informar al público sobre productos que pueden dañar la salud y ayudar a orientar las decisiones de compra.

La ingesta excesiva de estos nutrientes es resultado, en gran medida, de la amplia disponibilidad, asequibilidad y promoción de productos alimentarios procesados y ultra-procesados, que contienen cantidades excesivas de azúcares, grasas y sodio.

Gran parte de la solución consiste en la aplicación de leyes y regulaciones que reduzcan la demanda y la oferta de productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos. Uno de los instrumentos clave de política para regular esos productos con el objeto de prevenir el desequilibrio en la alimentación es la utilización de etiquetas en el frente del envase que indiquen a los consumidores que el producto contiene cantidades excesivas de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y sodio.

Explicación de los elementos del etiquetado frontal de advertencia establecidos por la Resolución 2492 de 2022.
Cómo interpretar las etiquetas para tomar decisiones informadas sobre alimentos y bebidas ultra procesados.

Impacto del consumo de alimentos con advertencias en la salud y se describen los alimentos que los contienen:



Exceder el consumo de **SAL** en la dieta diaria, es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial, problemas en el corazón como insuficiencia cardiaca e infartos, accidente cerebrovascular (hemorragia), daño en riñones que lleva a insuficiencia renal e incluso la posibilidad de presentar cáncer gástrico.

Alimentos con exceso de sodio: enlatados, embutidos, salsas y aderezos, condimentos, caldos en polvo, snack salados.



El consumo excesivo de **GRASAS SATURADAS** puede tener graves consecuencias para la salud, como:
Aumento del colesterol LDL (malo), acumulación de colesterol en las arterias que obstruyen el flujo sanguíneo, aumento del riesgo de enfermedad cardiaca, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, aterosclerosis e infarto cardíaco, Aumento del riesgo de obesidad, aumento del riesgo de cáncer, aumento de la presión arterial.

Alimentos que contienen excesos de grasas saturadas: Mantequilla, aceite de palma y de coco, Carne roja, Embutidos, Leche y sus derivados, Alimentos horneados o fritos, Carnes, incluidas la carne de res, cerdo o aves, especialmente con piel, Crema de leche, Leche entera, Queso o yogur hechos con leche entera.



El consumo elevado de **AZÚCARES** se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer y caries dental.

Alimentos que contienen exceso de azúcar: Refrescos, gaseosas, jugos de fruta azucarados, mermeladas, jaleas, cereales de desayuno, tortas, helados, golosinas o confitería, postres, chocolate, productos de panadería, miel, panela, azúcar de mesa.



El consumo excesivo de **GRASAS TRANS** ocasiona obstrucción de arterias: Aumentan el riesgo de muerte por infarto, aumento del colesterol LDL: acumulación en las arterias, aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares: accidente cerebro vascular, cardiopatía coronaria.

Alimentos que contienen exceso de grasas Trans: horneados comerciales, como pasteles, galletas dulces y tortas, Manteca vegetal- margarina, Palomitas para microondas, Pizza, salchipapa, hamburguesa, perro caliente (comida rápida), Frituras, incluidas las papas fritas, las donas y el pollo frito, Crema de leche.

<u>Son muy perjudiciales para el corazón porque son peores que cualquier otro tipo de grasa.</u>



El sello se coloca cuando al producto se le han añadido azúcares durante su procesamiento y representan más de 10% de las calorías totales.
El consumo en exceso a largo plazo puede llevar a obesidad, hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer y enfermedades del corazón.

Alimentos con **EDULCORANTES:** Alimentos con exceso en azúcar como postres, refrescos, gaseosas, caramelos, chicles, golosinas.

2. Comprensión de la información nutricional

Las etiquetas de los alimentos contienen información sobre sobre la cantidad de calorías, porciones y datos nutricionales de los alimentos. Leerlas le ayudará a hacer elecciones saludables al hacer las compras y planificar las comidas.
Siempre verifique primero el tamaño de la porción. Toda la información en la etiqueta se basa en el tamaño de ésta. Muchos paquetes contienen más de 1 porción.

Para **comprender el etiquetado nutricional,** es importante tener en cuenta que:
- La información debe ser precisa, clara y fácil de leer.

- La información obligatoria incluye el valor energético, la cantidad de grasas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal.

- La información nutricional suele estar en la parte frontal del etiquetado, pero debe estar más extensa en el resto del etiquetado.

- La información calórica le indica el número de calorías en 1 porción.
- Para saber si un nutriente es bajo o alto, se puede usar el porcentaje del valor diario (%VD): 5 % o menos es bajo, y 20 % o más es alto.

- Al elegir entre diferentes marcas o productos similares, se pueden comparar las etiquetas y elegir los alimentos que tengan la menor cantidad de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio.



El total de carbohidratos está listado en letra negrilla para que se destaque y se mide en gramos (g). El azúcar, el almidón y la fibra vegetal conforman los carbohidratos totales que aparecen en la etiqueta. El azúcar aparece por separado. Todos estos carbohidratos excepto la fibra elevan su azúcar en la sangre.

Verifique la grasa total en 1 porción. Preste atención especial a la cantidad de grasa saturada en 1 porción. Escoja alimentos que sean bajos en grasa saturada. Por ejemplo, tome leche descremada o al 1% en lugar de leche al 2%. o leche entera. La leche descremada tiene sólo una pequeña cantidad de grasa saturada. La leche entera tiene 5 gramos de esta grasa por porción.

Se debe prestar atención a las grasas trans en cualquier etiqueta de alimentos. Estas grasas elevan el colesterol "malo" y reducen el colesterol "bueno".
Si un alimento contiene estas grasas, la cantidad aparecerá en la etiqueta debajo de la grasa total. Las grasas se miden en gramos. Busque alimentos que no tengan grasas trans o que tengan un contenido bajo de ellas (1 gramo o menos).

El sodio es el ingrediente más importante de la sal. Este número es particularmente importante para las personas que estén tratando de consumir menos sal en su alimentación. Una etiqueta que diga que un alimento tiene 100 mg de sodio significa que este tiene aproximadamente 250 mg de sal. Usted debe consumir menos de 2,300 mg de sodio al día. Esta es la cantidad de sodio en 1 cucharadita de sal de mesa.

3. Orientación hacia un Plan Alimentario saludable:

Se brindaron estrategias para reducir el consumo de estos alimentos y optar por alternativas más saludables.



- Recomendaciones nutricionales a los estudiantes y docentes.
- Se orientó hacia la elaboración de un plan alimentario equilibrado que incluya alimentos nutritivos y la reducción de alimentos no saludables.
- Se hizo Promoción de hábitos alimenticios positivos y sostenibles.

Para brindar estas orientaciones se tomó de base las recomendaciones establecidas en las guías alimentarias para población Colombiana mayor de 2 años establecidas por el ICBF y se les socializó el modelo de alimentación sugerido para Colombia- "*El plato saludable de la familia colombiana*" el cual es el ícono de las Guías alimentarias, que nos ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir durante el día para elegir una alimentación variada y saludable. Nuestro país ofrece una gran variedad de alimentos de estos seis grupos, por ello debemos aprovechar esta riqueza y diversidad.

- Cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados.
- Frutas y verduras
- Leche y productos lácteos
- Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas
- Grasas
- Azucares

El propositivo del plato saludable es promover una alimentación que incluya todos o la mayoría de los grupos de alimentos en cantidades adecuadas, frescos y variados. Invitar a consumir alimentos y preparaciones saludables propias de la cultura colombiana. Incentivar el consumo de agua, la actividad física y compartir en la mesa con la familia.

Recomendaciones nutricionales compartidas:

1. Consume alimentos frescos y variados, como lo indica el Plato saludable de la familia colombiana.
2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consume diariamente leche, u otro producto lácteo, y huevo.
3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluye frutas enteras y verduras frescas en cada una de las comidas.

4. Para complementar la alimentación, consume al menos dos veces por semana leguminosas como fríjol, lenteja, arveja o garbanzo.
5. Para prevenir la anemia, los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.
6. Para mantener un peso saludable, reduce el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.
7. Para tener una presión arterial normal, reduce el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete altos en sodio.
8. ¡Cuida tu corazón! Consume aguacate, maní y nueces; disminuye el consumo de aceite vegetal y margarina; evita grasas de origen animal como mantequilla y manteca.
9. Por el placer de vivir saludablemente, realiza actividad física de forma regular.

3. Evaluación

Los participantes mostraron interés y participaron activamente en las discusiones y actividades propuestas.
Realizaron preguntas como: ¿Entre más sellos de advertencia tenga un producto, más perjudicial es para la salud?
A lo cual se les responde que: si el producto tiene una cantidad excesiva de azucares, grasas o sodio se debe evitar su consumo ya que conlleva a la presencia de enfermedades crónicas y que estar atentos a las etiquetas de los productos nos ayudará a reconocerlos con facilidad.

Al finalizar la presentación se realizó una actividad de afianzamiento del tema, la cual consistió en seleccionar varios estudiantes, y a cada uno se les entregó unas fichas con nombres de alimentos ultra procesados los cuales debían ser ubicados debajo de los sellos según el exceso que consideraban contiene cada uno aplicando los conocimientos adquiridos durante estas orientaciones.

4. Resultados y Observaciones

Los estudiantes adquirieron una comprensión clara sobre cómo interpretar el contenido nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesadas y la importancia de una alimentación saludable. Se observó una mayor conciencia sobre los riesgos asociados con los alimentos ultra procesados y un interés en adoptar hábitos alimenticios más saludables. Se recomendó continuar con talleres de seguimiento para reforzar el aprendizaje y apoyar la implementación de cambios en la dieta.

5. Conclusiones

Las orientaciones fueron efectivas en promover una mayor comprensión de la nutrición y el etiquetado de alimentos, así como en orientar a los estudiantes hacia prácticas alimenticias saludables. Se destacó la

importancia de continuar con la educación y el seguimiento para asegurar la implementación de los conocimientos adquiridos.

Sin más temas por tratar, se da por finalizada la sesión, agradeciendo la participación de todos los presentes y se establecen compromisos.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	**Aplicar el Conocimiento Adquirido** Interpretar correctamente las etiquetas de alimentos y bebidas al momento de realizar compras, utilizando la información del etiquetado frontal de advertencia.	Estudiantes y docentes	Permanente
2.	**Compartir la Información** Compartir la información sobre etiquetado frontal y alimentación saludable con familiares y amigos para ampliar el impacto del aprendizaje.	Estudiantes y docentes	Permanente
3.	**Facilitar Asesoría Nutricional** Ofrecer asesoría personalizada o consultas con profesionales de la nutrición para ayudar a los participantes a desarrollar y seguir un plan alimentario adecuado.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Reunión de concertación



Registro fotográfico 3 de Octubre 2024
Orientación en salud - Institución educativa Milciades Cantillo Costa













Registro fotográfico 3 Octubre
Orientación en salud - Institución Educativa Milciades Cantillo









Registro fotografico 3 octubre Orientación en salud
Institución Educativa Milciades Cantillo Costa









ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Celedón	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	JAVIER RAMIREZ	5091925	
	Isabel calderon L	49.787.994	

"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: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en Colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 3 octubre

LUGAR: I.E. Milciades Cantillo Costa Grado 805

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años y más)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESPLAZADO 3. VICTIMARIO 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR(A) 4. LACTANTE 5. EMBARAZADA	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Jhoan valle	1067603234	1	3	1	4		3022975173	805 milciades	Jhoan
2	Ivan David	1046876548	1	3	4	4		3001406519	805 milciades	Ivan
3	Diomedes Quintana	1067605	1	3	4	4		3218844621	805 Milciades	Diomedes.
4	Deleth Stiven Rodriguez	1029561598	1	3	4	4		3124380106	805 milciades	
5	Cristian Santiago Moni	00000000	1	3	4	4		3146406209	8:05 milciade	Cristian
6	Katherin Rodriguez	1067609287	2	3	4	4		3044577285	805 milciades	Katherin
7	Sara Gamarra C.	1067610460	2	3	4	4		3505624032	805 milciado	SaraGC.
8	Mishell Rodriguez G.	1067195 50	2	3	4	4		3042806413	805 milciado	
9	María José Munive	1030242025	2	3	4	4		3023235550	805 milciades	Maria Jose Munive
10	Emilin Duarte B.	1.066.876.760	2	3	4	4		3043500661	805 milciades	Emilin D.
11	Andrea Tejedor	1067780460	2	3	4	4		3016572466	805 milciades	Andrea.
12	Dayana Michel Navarro	1083569472	2	3	4	4		3135814908	805 milciades	Day.
13	Luis David Marquez.	1065619081	1	3	4	4		3053066121	805 milciades	Marquez
14	Isaac David Perez	1066 876 730	1	3	4	4		321 573 82 09	805 Cesar	I Sa
15	Daniela carolina soto	1067608554	2	3	4	4		3234601924	805 milciades	Daniela
16	Parra Beleño Jesús	1065847434	1	3	4	4		3136907897	805 milciades	Parra
17	Reimer Daniel Dominguez	1068390364	1	3	4	4		3217548647	805 Milciades	
18	Karol yuliana Ospino	1067882485	2	3	4	4		3243773230	805 Milciades	Karol.
19	JUAN ALBERTO CORDOBA	1065579067	1	3	4	4		3234870118	8:05 Milciades	
20	carlos Alberto torres pue	1066285680	1	3	4	4		3146823258	805 milciades	carlos

*(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?: Orientación en salud

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 30 octubre 2024

LUGAR: I.E Milciades Cantillo Costa Grado 805.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AMC 2. NEGRA 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	Maribel Mestra Anaya	49769842	2	5	2	1		3107154092	Docente	
2	Luis Dario Alvarado	7085 772668	1	3	4	4		3042348462	805 Milciades C.	
3	Andres santiago Hernandez	1065733536	1	3	4	4			805	Andres Hernandez
4	Arrieta Medrano Emily	1065877607	2	3	4	4		3015535875	805	
5	Freider Fontalvo	1062398460	1	3	4	1		3176721020	805	
6	Dailis Martinez	1065638911	2	3	4	4		3042478	805	Dailis
7	Jean Carlos Alfonso	1065830652	1	3	4	1		3015662858	805	Jeancarlos
8	Yagini Nieto Olivero	1065833909	2	3	4	1		3205047349	805	
9	Silena Beneth Mendoza N.	1144423246	2	3	2	1		3146478808	805 milciades	Silena.
10	Valeria Maria Suarez	1128149471	2	3	4	1		3205120679	805 milciades	Valeria
11	Matias chamy Rios	1078097900	1	3	4	1	1	3137296949	805 milcias	matiasch
12	Didier Acosta cardenas	1127913909	1	3	4	4	4	3223217104	805 milciades	Didier
13	Wilder Joel Wayuu Bar	1067611271	1	3	2	4		3185526581	805 milciades	Wilder J.
14	Yaniths Caballero p.	3104124100	2	3	4	4		3104124100	805 milciado.	
15	Luis Miguel Baez Mercado	1067607845	1	3	4	4		3018136364	805 Milciado	
16										
17										
18										
19										
20										

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

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de inpormacion en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 3 octubre 2024

LUGAR: I.E Milciades Cantillo Costa Grado 803

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5a 11m 29d) 2. INFANCIA (6a a 11a 11m 29d) 3. ADOLESCENCIA (12a a 17a 11m 29d) 4. JUVENTUD (18a a 28a 11m 29d) 5. ADULTEZ (29a a 59a 11m 29d) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. NRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. AFRO	VICTIMA: 1. DAMNIFICADO 2. DESPLAZADO 3. VICTIMA 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CAPACIDAD DIFERENTE 2. PCD 3. ESTUDIO NO 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Jesus Manuel Guerrero	1065649650	1	3	1	4		3043570536	803 Milciades	Jesus Guerrero
2	Cristian Camilo Pinzón	1067615407	1	3	4	4			803 Milciades	Cristian Pinzón
3	Justin Conrado Sanchez	1067677501	1	3	4	4		3216880497	803 Milciades	Justin Conrado
4	Josue Eduardo Rodriguez	1066877345	1	3	4	4		3024545346	803 Milciades	Josue
5	Juan david rios	1066284547	1	3	4	4		3278058849	803 milciades	Juan rios
6	Cristian Daniel sierra	1066285762	1	3	4	4			803 milciades	Cristian
7	Luis olivares	1123587730	1	3	4	4			803 milciades C.	Luis O.
8	Camilo Andres Acuña	1066878829	1	3	4	4			803 milciades C.	Camilo
9	Santiago J. Marino P.	1122673070	1	3	4	3			803 milciades C.	Santiago
10	Luis Mateo Jimenez	1087922089	1	3	4	4			803 milciades C.	Luis
11	Dayana Isabel Venera	1065657739	2	3	4	4			803 milciades C.	Dayana
12	heisi tatiana toro sinera	1065640323	2	3	4	4			803 milciades C.	heisi
13	Estefani sofia Leida	1066887715	2	3	4	4			803 milciades C	estefani sofia
14	Laura Voresso Jimenez	1052085693	2	3	4	1			803 Milciades	Laura Jimenez
15	Oriangelys figueredo Guerra	6802680	2	3	4	3		3001585081	803 milciades	Oriangelys
16	Linda Bolding	1066656224	2	3	4	4		3147354321	803 milciades C	Linda Bolding.
17	Carol Fontalvo	1062400207	2	3	4	4		3126121020	803 milciades C	Carol fontalvo
18	Dayana Zequeira	1006165911	2	3	4	4		3044896071	803 milciades	dayana Acosta
19	Yanidza Rodriguez D.	1066287173	2	3	4	4		3007002308	803 milciades	Yanidza R.
20	Oriana Echeverria L.	1066862847	2	3	4	4		3007778700	803 milciades	Oriana

*(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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en Colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 30 octubre 2024.

LUGAR: I.E Milciades Cantillo Costa Grado 803

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	Ariel David Pinzones	15173349	1	5	1	4	1	3104259457	Docente	
2	Kevin David Montes	1066874767	1	3	4	1		3226733578	803 Milciades C.	Kevin Montes
3	Daniel Antonio Pequeños	1066286065	1	3	4	1		3028960723	803 Milciades C.	Daniel Pequeños
4	Michell Paola Gil Torres	1216979194	2	3	4	1		3005642973	803 milciades	
5	Dailymar Nieves Ortiz	5374516	2	3	4	3		3128747582	803 milciades	Dailymar N.
6	Elibeth Prado Jimenez	1081882260	2	3	4	4		3042605083	803 milciades	
7	EVA Sandrith MORELO	1063093270	2	3	4	4		3215239107	803 Milciades	EVA MORELO
8	Maria Alejandra Daza	1669653966	2	3	4	4		3[illegible]	803 Milciades	Maria Alejandra
9	Kandy Martinez Pana	1065644071	2	3	4	4		3112[illegible]	803 Milciades	Kandy Martinez
10	Taliana Mojica Villalobos	1119399402	2	3	4	4		3126[illegible]	803 Milciades	Taliana Mojica
11	Lily Juliana Rangel Sánchez	1067674475	2	3	4	4		3109672587	803 Milciades	Lily Rangel
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD

PIC

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

HEAD HOSPITAL ERASMO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad y humanidad

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docente y estudiantes para la promoción de alimentos Saludable en Colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidos en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 3 octubre 2024

LUGAR: I.E Milciades Cantillo Costa Grado 804

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	Nellys Ariza Murcia	49729191	2	5	2	4	1	3106855644	Docente	Nemary
2	Claretta Ferrer G.	49766418	2	5	4	4	1	3016091945	Docente	
3	Diana Marcela Pérez	1064793642	1	3	4	1		3024884590	804 milciades.	Diana P.
4	Dinaluga peña B.	1067605182	2	3	4	4		3226771631	804 milciades	Dinu peña
5	Julieta Durán	33943341	2	3	4	3			804 milciades	Julieta Durán
6	Yulpeth perez	1067607483	2	3	4	1		3215685233	804 Milciades	
7	Orianis Vellera Ortiz	1065643204	2	3	4	4		3003041536	804 Milciades	
8	Direth Arrieta	1065622866	2	3	4	1		3136497860	804 Milciades	Direth Arrieta
9	Nicol Torres	1065627562	2	3	4	4		3015125480	804 Milciades	Docentes
10	Dulian Fontalvo	1066286103	1	3	4	1		3236009962	804 Milcia	Dulian
11	Tatiana macias	1128757488	2	3	4	4		3105038	Milciades 804	Tatiana
12	Junior Anciza Campo	1066288911	1	3	4	4		3247247483	Milciades 804	
13	Yuri Aya Vargas	1067.604.390	2	3	4	4		3022588453	Milciades 804	
14	Jhon Reyner Gonzalez	1093500	1	3	4	3		3002004825	804 milciades	R.
15	Karen Dayana Miranda	1085094663	2	3	4	1		3173242654	Milciades 804	Karen Dayana
16	Esteban David jaramillo H	1121332053	1	3	4	4		3237151516	804	Esteban David
17	Jose Barrios Perez	1047866876	1	3	4	4		3027470870	804	
18	Diego SANZ Romero	1098806	1	3	4	3		3146096442	Milciades	
19	Yhoanis De Angel A.	1065629196	2	3	4	1		3046022547	804 milciades	Yhoanis A.
20	Demer José Montes	1067816320	1	3	2	1			Milciades	Demer M.

*(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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidos a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimension Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 3 octubre 2024.

LUGAR: I.E Milciades Cantillo Costa Grado 804

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	Mayerlis Arias Galvis	1067721703	2	3	4	4		3275033887	804 milciades C.	mayerlis
2	Karina polo madrid	1063958659	2	3	4	4		3115963058	804 milcades	Karina
3	Juan Gomez Ramos	1.067611032	1	3	4	1		3107005745	804 milcades	Juan G.
4	MOISES Garrido	1067609036	2	3	1	3		315037	804 milciades	MOISES
5	Ricardo Noriega	1067600182	1	3	4	4		3015684205	804 milciades	Ricardo
6	Sebastian martinez	1.065.636107	1	3	4	4		3043411883	804 milcades	Sebastian
7	Jimmy JOSE	1043011940	1	3	4	4		3218523729	804 milcades	Jimmy
8	Melany Sanjuno	1066873157	2	3	4	1		3217311626	804 milciades	Melany
9	Jhoan Cataño	1065645180	2	3	4	4		3006883721	804 milcades	Jhoan
10	Juan pablo manjarrez	1066288007	1	3	4	4		3212204968	804 mil	Juan pablo
11	Julian David Mejia	1065935897	1	3	4	4			804 milciades	Julian Mejia
12	Jhon DENIS Ariza	1092494469	1	3	4	4		3108415826	804 milciades	
13	Luis Alberto Perez	1085227417	1	3	4	4		3108415826	804 milciades	
14	LUIS ALBERTO mercado	1066288868	1	3	4	1		3006904780	804 milciades	Luis mercado
15	Donnis Daza V.	7923820	1	3	4	4		3244707749	804	Donnis Daza
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.

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional				
LUGAR:	Institución Educativa Rafael Valle Meza	**FECHA**	18 Octubre 2024	**HORA INICIO**	8: 00 a.m.
				HORA FINAL	11:00 a.m.

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientaciones en salud			

TEMA:	Realizar 30 acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.
OBJETIVO:	Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre la identificación de alimentos con sellos de advertencias que conllevan a riesgos para la salud y orientarlos hacia la adopción de una alimentación saludable.
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia, adolescencia, juventud, adultez, adulto mayor.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 18 de octubre siendo las 7:00 a.m se da continuidad a las acciones de información en salud programadas el 16 de agosto en reunión con el Coordinador del plantel educativo, el Sr Jhojan Jiménez con el objetivo Informar de la actividad a realizar y organizar el cronograma de las intervenciones.

A continuación se describe el desarrollo de las acciones:

Se llevaron a cabo tres (3) acciones de información en salud distribuidas de la siguiente maneras:

1. La primera orientación fue realizada desde las 8:00 a.m hasta las 9:00 a.m con la participación de treinta y ocho (38) participantes entre estudiantes y docentes del curso 901.

2. La segunda orientación se realizó desde las 9:00 a.m hasta las 10:00 a.m con el curso 903 en el cual participaron treinta y ocho personas entre estudiantes y docentes.

3. La tercera orientación se realizó desde las 10:00 a.m hasta las 11:00 a.m con el curso 902 en el cual participaron 39 participantes entre estudiantes y docentes.

Las orientaciones fueron realizadas en el auditorio de la institución educativa, un lugar acondicionado con sillas, mesas, televisor para proyectar diapositivas, con sonido, buena iluminación y ventilación para el desarrollo satisfactorio de la actividad.

En las tres (3) orientaciones se realizó una actividad educativa con el propósito de promover la alimentación saludable entre los estudiantes y proporcionar una comprensión clara sobre el etiquetado frontal de advertencia y

la información nutricional de alimentos y bebidas ultra procesados, conforme a lo establecido en la Resolución 2492 de 2022. Para esto se tuvo en cuenta lo descrito en la planeación metodológica utilizando materiales educativos como folletos informativos los cuales fueron entregados a los estudiantes, ejemplos de etiquetas de alimentos y recursos visuales para facilitar la comprensión de los temas tratados con un proyector para presentar de manera interactiva la información en salud donde se les socializó a través de diapositivas la siguiente información:

1. **El significado del etiquetado frontal en los alimentos ultra procesados**

El etiquetado de advertencia en el frente del paquete es una herramienta simple, práctica y eficaz para informar al público sobre productos que pueden dañar la salud y ayudar a orientar las decisiones de compra.

La ingesta excesiva de estos nutrientes es resultado, en gran medida, de la amplia disponibilidad, asequibilidad y promoción de productos alimentarios procesados y ultra-procesados, que contienen cantidades excesivas de azúcares, grasas y sodio.

Gran parte de la solución consiste en la aplicación de leyes y regulaciones que reduzcan la demanda y la oferta de productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos. Uno de los instrumentos clave de política para regular esos productos con el objeto de prevenir el desequilibrio en la alimentación es la utilización de etiquetas en el frente del envase que indiquen a los consumidores que el producto contiene cantidades excesivas de azúcares, grasas saturadas, grasas trans, sodio y edulcorantes.

Explicación de los elementos del etiquetado frontal de advertencia establecidos por la Resolución 2492 de 2022.
Cómo interpretar las etiquetas para tomar decisiones informadas sobre alimentos y bebidas ultra procesadas.

Impacto del consumo de alimentos con advertencias en la salud y se describen los alimentos que los contienen:



Exceder el consumo de **SAL** en la dieta diaria, es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial, problemas en el corazón como insuficiencia cardiaca e infartos, accidente cerebrovascular (hemorragia), daño en riñones que lleva a insuficiencia renal e incluso la posibilidad de presentar cáncer gástrico.

Alimentos con exceso de sodio: enlatados, embutidos, salsas y aderezos, condimentos, caldos en polvo, snack salados.



El consumo excesivo de **GRASAS SATURADAS** puede tener graves consecuencias para la salud, como:
Aumento del colesterol LDL (malo), acumulación de colesterol en las arterias que obstruyen el flujo sanguíneo, aumento del riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, aterosclerosis e infarto cardíaco, Aumento del riesgo de obesidad, aumento del riesgo de cáncer, aumento de la presión arterial.

Alimentos que contienen excesos de grasas saturadas: Mantequilla, aceite de palma y de coco, Carne roja, Embutidos, Leche y sus derivados, Alimentos horneados o fritos, Carnes, incluidas la carne de res, cerdo o aves, especialmente con piel, Crema de leche, Leche entera, Queso o yogur hechos con leche entera.



El consumo elevado de **AZÚCARES** se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer y caries dental.

Alimentos que contienen exceso de azúcar: Refrescos, gaseosas, jugos de fruta azucarados, mermeladas, jaleas, cereales de desayuno, tortas, helados, golosinas o confitería, postres, chocolate, productos de panadería, miel, panela, azúcar de mesa.



El consumo excesivo de **GRASAS TRANS** ocasiona obstrucción de arterias: Aumentan el riesgo de muerte por infarto, aumento del colesterol LDL: acumulación en las arterias, aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares: accidente cerebro vascular, cardiopatía coronaria.

Alimentos que contienen exceso de grasas Trans: horneados comerciales, como pasteles, galletas dulces y tortas, Manteca vegetal- margarina, Palomitas para microondas, Pizza, salchipapa, hamburguesa, perro caliente (comida rápida), Frituras, incluidas las papas fritas, las donas y el pollo frito, Crema de leche. Son muy perjudiciales para el corazón porque son peores que cualquier otro tipo de grasa.



El sello se coloca cuando al producto se le han añadido azúcares durante su procesamiento y representan más de 10% de las calorías totales.
El consumo en exceso a largo plazo puede llevar a obesidad, hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer y enfermedades del corazón.

Alimentos con **EDULCORANTES:** Alimentos con exceso en azúcar como postres, refrescos, gaseosas, caramelos, chicles, golosinas.

2. Comprensión de la información nutricional

Las etiquetas de los alimentos contienen información sobre sobre la cantidad de calorías, porciones y datos nutricionales de los alimentos. Leerlas le ayudará a hacer elecciones saludables al hacer las compras y planificar las comidas.
Siempre verifique primero el tamaño de la porción. Toda la información en la etiqueta se basa en el tamaño de ésta. Muchos paquetes contienen más de 1 porción.

Para **comprender el etiquetado nutricional,** es importante tener en cuenta que:
- La información debe ser precisa, clara y fácil de leer.

- La información obligatoria incluye el valor energético, la cantidad de grasas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal.

- La información nutricional suele estar en la parte frontal del etiquetado, pero debe estar más extensa en el resto del etiquetado.

- La información calórica le indica el número de calorías en 1 porción.
- Para saber si un nutriente es bajo o alto, se puede usar el porcentaje del valor diario (%VD): 5 % o menos es bajo, y 20 % o más es alto.



Siempre se debe observar el tamaño de la porción

Este producto es RICO en grasa total y grasa saturada. Para cada día, se debe tratar de consumir NO MÁS de un total del 100% de éstos



- Al elegir entre diferentes marcas o productos similares, se pueden comparar las etiquetas y elegir los alimentos que tengan la menor cantidad de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio.

El total de carbohidratos está listado en letra negrilla para que se destaque y se mide en gramos (g). El azúcar, el almidón y la fibra vegetal conforman los carbohidratos totales que aparecen en la etiqueta. El azúcar aparece por separado. Todos estos carbohidratos excepto la fibra elevan su azúcar en la sangre.

Verifique la grasa total en 1 porción. Preste atención especial a la cantidad de grasa saturada en 1 porción.
Escoja alimentos que sean bajos en grasa saturada. Por ejemplo, tome leche descremada o al 1% en lugar de leche al 2%. o leche entera. La leche descremada tiene sólo una pequeña cantidad de grasa saturada. La leche entera tiene 5 gramos de esta grasa por porción.

Se debe prestar atención a las grasas trans en cualquier etiqueta de alimentos. Estas grasas elevan el colesterol "malo" y reducen el colesterol "bueno".
Si un alimento contiene estas grasas, la cantidad aparecerá en la etiqueta debajo de la grasa total. Las grasas se miden en gramos. Busque alimentos que no tengan grasas trans o que tengan un contenido bajo de ellas (1 gramo o menos).

El sodio es el ingrediente más importante de la sal. Este número es particularmente importante para las personas que estén tratando de consumir menos sal en su alimentación. Una etiqueta que diga que un alimento tiene 100 mg de sodio significa que este tiene aproximadamente 250 mg de sal. Usted debe consumir menos de 2,300 mg de sodio al día. Esta es la cantidad de sodio en 1 cucharadita de sal de mesa.

3. Orientación hacia un Plan Alimentario saludable:

Se brindaron estrategias para reducir el consumo de estos alimentos y optar por alternativas más saludables.



- Recomendaciones nutricionales a los estudiantes y docentes.
- Se orientó hacia la elaboración de un plan alimentario equilibrado que incluya alimentos nutritivos y la reducción de alimentos no saludables.
- Se hizo Promoción de hábitos alimenticios positivos y sostenibles.

Para brindar estas orientaciones se tomó de base las recomendaciones establecidas en las guías alimentarias para población Colombiana mayor de 2 años establecidas por el ICBF y se les socializó el modelo de alimentación sugerido para Colombia- "*El plato saludable de la familia colombiana*" el cual es el ícono de las Guías alimentarias, que nos ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir durante el día para elegir una alimentación variada y saludable. Nuestro país ofrece una gran variedad de alimentos de estos seis grupos, por ello debemos aprovechar esta riqueza y diversidad.

- Cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados.
- Frutas y verduras
- Leche y productos lácteos
- Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas
- Grasas
- Azucares

El propositivo del plato saludable es promover una alimentación que incluya todos o la mayoria de los grupos de alimentos en cantidades adecuadas, frescos y variados. Invitar a consumir alimentos y preparaciones saludables propias de la cultura colombiana. Incentivar el consumo de agua, la actividad física y compartir en la mesa con la familia.

Recomendaciones nutricionales compartidas:

1. Consume alimentos frescos y variados, como lo indica el Plato saludable de la familia colombiana.
2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consume diariamente leche, u otro producto lácteo, y huevo.
3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluye frutas enteras y verduras frescas en cada una de las comidas.
4. Para complementar la alimentación, consume al menos dos veces por semana leguminosas como fríjol, lenteja, arveja o garbanzo.
5. Para prevenir la anemia, los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.
6. Para mantener un peso saludable, reduce el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.
7. Para tener una presión arterial normal, reduce el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete altos en sodio.
8. ¡Cuida tu corazón! Consume aguacate, maní y nueces; disminuye el consumo de aceite vegetal y margarina; evita grasas de origen animal como mantequilla y manteca.
9. Por el placer de vivir saludablemente, realiza actividad física de forma regular.

3. Evaluación

Los participantes mostraron interés y participaron activamente en las discusiones y actividades propuestas.
Al finalizar la presentación se realizó una actividad de afianzamiento del tema, la cual consistió en seleccionar varios estudiantes, y a cada uno se les entregó unas fichas con nombres de alimentos ultra procesados los cuales debían ser ubicados debajo de los sellos según el exceso que consideraban contiene cada uno. Estos sellos estaban ubicados en una cartelera

4. Resultados y Observaciones

Los estudiantes adquirieron una comprensión clara sobre cómo interpretar el etiquetado frontal de advertencia y la importancia de una alimentación saludable. Se observó una mayor conciencia sobre los riesgos asociados con los alimentos ultra procesados y un interés en adoptar hábitos alimenticios más saludables. Se recomendó continuar con talleres de seguimiento para reforzar el aprendizaje y apoyar la implementación de cambios en la dieta.

5. Conclusiones

Las orientaciones fueron efectivas en promover una mayor comprensión de la nutrición y el etiquetado de alimentos, así como en orientar a los estudiantes hacia prácticas alimenticias saludables. Se destacó la importancia de continuar con la educación y el seguimiento para asegurar la implementación de los conocimientos adquiridos.

Sin más temas por tratar, se da por finalizada la sesión, agradeciendo la participación de todos los presentes y se establecen compromisos.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	**Aplicar el Conocimiento Adquirido** Interpretar correctamente las etiquetas de alimentos y bebidas al momento de realizar compras, utilizando la información del etiquetado frontal de advertencia.	Estudiantes y docentes	Permanente
2.	**Compartir la Información** Compartir la información sobre etiquetado frontal y alimentación saludable con familiares y amigos para ampliar el impacto del aprendizaje.	Estudiantes y docentes	Permanente
3.	**Facilitar Asesoría Nutricional** Ofrecer asesoría personalizada o consultas con profesionales de la nutrición para ayudar a los participantes a desarrollar y seguir un plan alimentario adecuado.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Reunión de concertación IE Rafael Valle Meza 16 agosto 2024



18 Octubre 2024 -Primera Orientación en salud - Institución educativa Rafael Valle Meza curso 901













18 Octubre 2024 – segunda Orientación en salud - Institución educativa Rafael Valle Meza curso 903













18 Octubre 2024 – Tercera Orientación en salud - Institución educativa Rafael Valle Meza curso 902









ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Bedoya Celedon	
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Celedon	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Jhojan Jimenez	12647146	Jhojan Jimenez
	Isabel calderon L.	49.787.994	Isabel C.

"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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidos a docente y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en Colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 18 octubre 2024.

LUGAR: I.E Rafael Valle Meza Grado 901

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTO (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	Sharit Rosell Salcedo Vergel	1066877511	2	3	4	4		3002190055	901 R. Valle meza	
2	David Andrade	7214768	1	5	4	4	1	3002004517	Docente	
3	Elsy Elena D°Hc	1067.610.198	2	3	4	4		3234774066	901. R. Valle meza	
4	Tatiana Michell Montero	1067610280	2	3	4	4		3024503939	9°1 rafael valle meza	Tatiana
5	Aldemar Garcia Villa	1063.960.801	1	3	4	4		3242752366	9°1 Rafael valle Meza	
6	Daniel Alejandro Martinez V.	1065860933	1	3	4	4		3135893427	901 Rafael valle Meza	
7	Andrea Cruz Carvajalino	1065606010	2	3	4	4		316606	901 rafael Valle	Andrea
8	Jhiret Ospino Herrera	1066287120	2	3	4	4		3116690577	901 R. valle meza	
9	Andreina Batista Pongel	1069604774	2	3	4	1		3092613687	901 R. valle meza	Andreina
10	Valeria Orozco Rincon	1067619836	2	3	4	4		3235831936	901 R. Valle meza	
11	Emilio Andres Quintero	1067607595	1	3	4	1		3005755402	901 R. Valle Meza	
12	Fabian Caceres A.	1065857607	1	3	4	4		3005698359	901 R. Valle Meza	
13	Michell Cayarra Salazar	1065631151	2	3	4	4		3025147160	901 R. Valle Meza	
14	Alejandra Hernandez Medina	1066287611	2	3	4	1			901 R. Valle Meza	
15	Santiago Usuga Carrillo	1065637479	1	3	4	4		324 6228146	901 R. Valle Meza	Usuga
16	Florez Campos Camilo	1119837710	1	3	4	4		301 7209666	9°01 R. Valle Meza	
17	Sebastian Andres Botello Garcia	1067608567	1	3	21	21		313 8400634	901 R. Valle meza	
18	Kyaral Mileth Sierra Osorio	1067610414	2	3	4	4		3175839888	901 R. Valle meza	
19	Jean Carlos contreras A	1066877680	1	3	4	4		3208327702	901 R. Valle meza	Jean Carlos
20	Daniela Felix Poveda	1049642137	2	5	4	4		3228389342	Docente. R. Valle Meza	

*(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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docente y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional. PIC- HEAD FECHA: 18 octubre 2024.

LUGAR: I.E. Rafael Valle Meza Grado 901

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 (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. VIGILANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Jorge Florano Corzo	1.067605341	1	3	4	4		3126010833	901 R. Vallemeza	Jorge M.
2	Valerie Mendez Navarro	1067609217	2	3	4	4		3012741464	901 R. Vallemeza	Valerie M.
3	[illegible] Noales Castilla	1065636511	2	3	4	4		3106720985	901 R. Valle meza	[illegible]
4	Camila Martinez Mora	1.065.637.427	2	3	4	4		324 396 1707	901. R valle meza	Camila M.
5	Brayam Alvarez Anaya	1103109446	1	3	4	4		300 988238	901 R valle meza	Brayam A.
6	Cristian mateo Lora	1067611467	1	3	4	4		3157186385	901 R valle meza	Cl
7	Michell Arrieta	1.065623602	2	3	4	4		3015554086	901 R. Valle meza	Michell A.
8	Angie Alfaro	1.065620634	2	3	4	4			901 R. Valle M.	Angie
9	Valentina Mendoza	1067608061	2	3	4	4		3017179004	901 R Valle M	Valentinas
10	Bibiana Cardena	1066298926	2	3	4	4		3137837652	901 R. Valle M.	Bibi
11	Daulys Borges	1067616156	2	3	4	4		3028325093	901 R Valle Meza	Daulys
12	Laura Mishell Barco Vivero	1066877369	2	3	4	4		305 3527786	901 R. Valle meza	Laura
13	Yandri Arroyo Q.	1067612179	2	3	4	4		3188234089	901 R. Valle Meza	Yandri Arroyo
14	Jhoelis Miguel Ruiz M.	1064113823	2	3	4	4		3208874581	901 R Valle	Jhoelis. R.
15	Andrea Carolina Ospino López	1048284102	2	3	4	4		3157711710	901 Rafael Valle M.	
16	Yaikel Gabriela Florez A.	1065636442	1	3	4	4		3004669222	901 Rafael V.	Yaikel Florez
17	Paula Valentina Uribe P.	1066288041	2	3	4	4		3004835141	901 Rafael V.	Paula Uribe.
18	Diego Herrera Bravo	1066880269	1	3	4	4		3007687268	901 Rafael V.	Diego Herrera
19										
20										

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

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional. FECHA: 18 octubre 2024

LUGAR: I.E Rafael Valle Meza Grado 903

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (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. VIGILANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. ACO 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Vanessa Soto	92.840.491	2	3	4	4		3146739523	903 R. Valle Meza	Vanessa.S.
2	Valeria Castro P	1067621563	2	3	4	4		3052786135	903 R. valle meza	Valeria.C.
3	Ilionys Arzuaga	1066878093	2	3	4	4		3004975419	903 R. Valle meza	Ilionys. A
4	Emmu Uriela perez	1066283591	2	3	4	4		3127504308	903 R. Valle Meza	Emmu Uriela
5	Karol Montaño Amaris	1067.601039	2	3	4	1		3011108989	903 R Valle meza	Karol M.
6	Sebastian vasquez marquez	1127593769	01	3	4	4		3184190099	903 R valle meza	Sebastian
7	Jose Ortiz Mesia	1066295606	1	3	4	4		3174097322	903 R valle meza	Jose Ortiz
8	Alberson Sequeda	1067607501	1	3	4	4		3113348239	903 R. Valle Meza	
9	Ribon santiago	1065636678	1	3	4	4		3160504409	903 R valle meza	
10	Joan David Acosta	1065677208	1	3	4	4		3245653260	903 R Valle meza	
11	Andres Jair fontalvo	1066287789	1	3	4	4		3024965840	903 R Valle meza	
12	Jesús David Aguilar	1082372061	1	3	4	4		3009492352	903 R valle meza	
13	Giory Daniela Bravo	1067605960	2	3	4	4		3137715404	903 R. Valle meza	Giory Bra.
14	Marlon Caceres B.	1065621906	1	3	2	1		3505049208	903 R. Valle meza	Yerlon
15	Daniel Garcia	1065638287	1	3	4	4		376 0773590	903 R. Valle meza	Garcia Daniel
16	Josue Sebastian Ruiz Bra	1065858100	1	3	4	3			903 R. valle meza	
17	Piclas Rojas	1012381818	1	3	4	1		3203136089	903 R. valle meza	
18	Andres J. Castillo F	1062809428	1	3	4	4		3164758188	903. R. valle meza	
19	Danilo David Avila	1065626035	1	3	4	4		3226238430	903. R. valle meza	
20	Juan David Ospino	1066816780	1	3	4	4		3043489414	903 R. valle. meza	

*(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?: Orientación en salud

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docente y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD FECHA: 18 octubre 2024

LUGAR: I.E Rafael Valle Meza Grado 903

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (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	Camila Tares Ortiz	1067603600	2	3	4	4		3002071430	903 R. Valle Meza	
2	Jose Luis Rodriguez	1067609747	1	3	4	4		3022948520	903 R. Valle V	
3	Paula Andrea DSAVE	1067617983	2	3	4	4		3012999179	903 R. valle Meza	
4	Chaldo Baldo Balvera	1067609387	1	3	4	4		3022778677	903 R. Valle meza	
5	Paula Ibañez Iriate	1067598493	2	3	4	4		3128418819	903 R. Valle meza	
6	Jeiner David Mejia	1065633238	1	3	4	4		3205922495	903 R. valle meza	
7	Alynson Cardozo	1123972380	2	3	4	4		3105117464	903 R. valle meza	
8	Liliana Gonzalez	49605735	2	5	4	4	1	3172891997	R Valle Meza DC. 903.	
9	Juan David Carreño Acosta	1065606784	1	5	4	4			R. Valle Meza 903	Juan David
10	Lauren Danneth Reyes B.	1066284470	2	3	4	4		3245181618	903. Valle Meza	
11	Adriana Paola Jimenez M.	1067603241	2	3	4	4		3156307583	903 Valle Mza.	
12	JOAQUIN PEREZ	12645876	1	5	4	4	1	3162474822	DOCENTE.	J. Pz.
13	JOEL Santiago	1065684	1	3	4	1		3163741087	903 valle meza	Joel molina
14	Santiago Oñate vargas	1067607470	1	3	4	4		302 5237725	903 rafael valle	Santiago O.
15	Santiago smith Contrera	1065623274	1	3	4	4		305 2855026	9:03 R. Valle Meza	
16	Lorenzo jose valdez M.	1119816831	1	3	4	4		310 7824440	903 Rafael V.	
17	Juan Pablo Mendoza H.	1091976775	1	3	4	4		3113195649	903 R. Valle Meza	
18	Valeria Romero A.	1066816461	2	3	4	1		3195593412	903. R. valle M	Valeria R. A.
19										
20										

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

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

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ____ CUAL: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docente y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 18 octubre 2024

LUGAR: I.E Rafael Valle Meza Grado 902

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (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. VICTIMAS 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR(A) 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Thaliaga Hernandez	1066[illegible]8810	2	3	4	4		3012[illegible]418	902 JV	Thaliaga
2	Samuel Darpo	1066286035	1	3	4	4		320[illegible]	902 JM	Samuel
3	cristian Aponte	1066878050	1	3	4	4		3[illegible]	902 Rafael Valle Meza	Cristian
4	Nathalia Duran	1065[illegible]041	2	3	4	4		3144725810	902 JM	Nathalia
5	Ashly Mosquera	1066[illegible]882	2	3	4	1		3[illegible]	902 JM	Ashly M.
6	Jesus maestre	1066895605	1	3	4	4		3216[illegible]	902 JM	Jesus M.
7	Sebastian Nieble S	1067603493	1	3	4	4		3192516481	902 Rafael Valle M.	Sebastian Nieble S.
8	camila Zamora	1065634246	2	3	4	4		3137226649	902 JM RV	camila.
9	Valeria Teran	1067607502	2	3	4	4		3126770143	902 JM RV.	Valeria Teran.
10	Cristian SOTO	1065637591	1	3	4	4		3045995699	902 JM	Cristian SOTO
11	Mateo Ropero	1066634324	1	3	4	1		3219730174	902 JM	Mateo
12	Jorge Paternina	1065633558	1	3	4	4		305331880	902 JM	Jorge P.
13	Sebastian De Jesus	1067607019	1	3	4	1		3022801[illegible]	902 JM	Sebastian De Jesus
14	Maikol Guerrero	1065627467	1	3	4	4		322[illegible]	902 JM	Maikol G.
15	Ricardo Montesino	1065633233	1	3	4	4		3127[illegible]	902 JM	Ricardo
16	Yiner Esteban	1067607859	1	3	4	4		3012563481	902 JM	Yiner
17	Alex Carrillo	1065632284	1	3	4	4		3205582353	902 JM	Alex Carrillo
18	Nicoll Ascanio	1067606417	2	3	4	4		3014[illegible]715	902 Jm	Nicoll
19	yenis [illegible]	1065[illegible]615	2	3	4	4		3234[illegible]470	902 JM	yenis [illegible]
20	Santiago Jimenez	1064[illegible]189	1	3	4	4		3216880708	902 JM Rvm	Santiago

*(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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docente y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional. PIC - HEAD. FECHA: 18 octubre 2024

LUGAR: I.E Rafael Valle Meza Grado 902

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 26 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (27 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	CONDICIONALES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Sheyla Martinez	1066878147	2	3	4	4		3157833807	902 R. Valle Meza	Sheyla M.
2	Victor Querve Ameta	1066284211	1	3	4	4		375 645 9352	902 R. Valle Meza	Victor Querve
3	Alejandra Guerrero Pardo	1065658066	2	3	4	4		324 899 1206	902 R. Valle Meza	
4	Ricardo Andres Ruiz Polo	1065625486	1	3	4	4		302 553 7430	902 R. Valle Meza	
5	Glory Ustariz M	49786503	2	3	4	4	1	3017958700	Docente	Glory Usta
6	Victor Manuel Romero	1066897462	1	3	4	4		3011113752	902 R. Valle Meza	Victor Romero
7	Carol Hendoza Villafañe	1029722588	2	3	2	4		3154503	902 R. Valle Meza	Carol Mendoza
8	Santiago Peralta	1067610406	1	3	4	4		3170873572	902 R. Valle Meza	Santiago
9	Rosario Maya H.	1067610812	2	3	4	4		3234674891	902 R. Valle Meza	Rosario Maya
10	Darlyn Cespedes	1066876079	2	3	4	4		3017062776	902 R. Valle Meza	Darlyn C.
11	Santiago Felipe Fuentes R.	1066875163	1	3	4	4		3216675192	902 R. Valle Meza	Santiago F.
12	Edwin Calvo	1065628528	1	3	4	4		3011305496	902 R. Valle Meza	Edwin
13	Juan Narvaez	1066874782	1	3	4	4		3023525126	902 R. Valle Meza	Juan Narvaez
14	Rosario Ustariz	1067608656	1	3	4	4		3022297413	902 R. Valle Meza	Ros
15	Cristian Romero V.	1066286900	1	3	4	4		3246696699	902 R. Valle Meza	Cristian
16	Carlos Andres Martinez Ortiz	1065627661	1	3	4	4		3135303459	902 R. Valle Meza	Carlos Andres
17	Helmo Longino Cuenta	1066844335	2	3	1	1			902 R. Valle Meza	
18	Delis Guerrero	1063597757	2	4	4	4		3003395173	Docente	Delis
19	Dana Sofia Carrera B.	1031816217	2	3	4	4		3013758511	902 R Valle Meza	Dana C.
20										

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

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional						
LUGAR:	Institución Educativa Mayor de Valledupar Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa		**FECHA**	21 octubre 2024	**HORA INICIO**	10:00 a.m.	
					HORA FINAL	12:00 m.	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientación en salud	
TEMA:	Realizar 30 acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar.						
OBJETIVO:	Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre la identificación de alimentos con sellos de advertencias que conllevan a riesgos para la salud y orientarlos hacia la adopción de una alimentación saludable.						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia, adolescencia, juventud, adultez, adulto mayor.						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 21 de Octubre se dio continuidad a las acciones de información en salud programadas durante reunión de concertación el día 16 de agosto de 2024 con la coordinadora de la Institución Educativa la señora Dubis Socará con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "Cuida lo que comes.

A continuación se describe el desarrollo de las dos (2) acciones de información en salud realizadas el día 21 de Octubre de 2024:

Siendo las 10:00 a.m, se da inicio a las orientaciones, realizadas en la biblioteca de la Institución educativa, la cual se encuentra acondicionada con sillas, mesas, buena ventilación e iluminación, sonido y video Beam para proyección de diapositivas con las cuales se dio a conocer el tema a los participantes.

La primera acción de información en salud fue realizada desde las 10:00 a.m hasta las 11:00 a.m con estudiantes y docentes de los cursos 901 y 902 en la cual se contó con la asistencia de 74 participantes.

La segunda acción de información en salud fue realizada desde las 11:00 a.m hasta las 12:00 .m con los estudiantes del curso 903 contando con la asistencia de 40 participantes.

Durante las dos (2) orientaciones, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC inicia las actividades con la presentación del equipo y posteriormente dan a conocer el objetivo de la actividad organizada a través de la estrategia CUIDA LO QUE COMES coordinada entre la secretaria de salud de Valledupar y el hospital Eduardo Arredondo Daza.

Desarrollo de la actividad

En las dos (2) orientaciones se realizó una actividad educativa siguiendo lo establecido en la planeación metodológica con el propósito de promover la alimentación saludable entre los estudiantes y docentes y proporcionar una comprensión clara sobre el etiquetado frontal de advertencia y la información nutricional de alimentos y bebidas ultra procesados, conforme a lo establecido en la Resolución 2492 de 2022. Para esto se

utilizaron materiales educativos como folletos informativos los cuales fueron entregados a los estudiantes, ejemplos de etiquetas de alimentos y recursos visuales para facilitar la comprensión de los temas tratados con un proyector para presentar de manera interactiva la información en salud donde se les socializó a través de diapositivas la siguiente información:

1. **El significado del etiquetado frontal en los alimentos ultra procesados**

El etiquetado de advertencia en el frente del paquete es una herramienta simple, práctica y eficaz para informar al público sobre productos que pueden dañar la salud y ayudar a orientar las decisiones de compra.
La ingesta excesiva de estos nutrientes es resultado, en gran medida, de la amplia disponibilidad, asequibilidad y promoción de productos alimentarios procesados y ultra-procesados, que contienen cantidades excesivas de azúcares, grasas y sodio.
Gran parte de la solución consiste en la aplicación de leyes y regulaciones que reduzcan la demanda y la oferta de productos que contienen cantidades excesivas de nutrientes críticos. Uno de los instrumentos clave de política para regular esos productos con el objeto de prevenir el desequilibrio en la alimentación es la utilización de etiquetas en el frente del envase que indiquen a los consumidores que el producto contiene cantidades excesivas de azúcares, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y sodio.

Explicación de los elementos del etiquetado frontal de advertencia establecidos por la Resolución 2492 de 2022.
Cómo interpretar las etiquetas para tomar decisiones informadas sobre alimentos y bebidas ultra procesados.

Impacto del consumo de alimentos con advertencias en la salud y se describen los alimentos que los contienen:



Exceder el consumo de **SAL** en la dieta diaria, es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial, problemas en el corazón como insuficiencia cardiaca e infartos, accidente cerebrovascular (hemorragia), daño en riñones que lleva a insuficiencia renal e incluso la posibilidad de presentar cáncer gástrico.

Alimentos con exceso de sodio: enlatados, embutidos, salsas y aderezos, condimentos, caldos en polvo, snack salados.



El consumo excesivo de **GRASAS SATURADAS** puede tener graves consecuencias para la salud, como:
Aumento del colesterol LDL (malo), acumulación de colesterol en las arterias que obstruyen el flujo sanguíneo, aumento del riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, aterosclerosis e infarto cardíaco, Aumento del riesgo de obesidad, aumento del riesgo de cáncer, aumento de la presión arterial.

Alimentos que contienen excesos de grasas saturadas: Mantequilla, aceite de palma y de coco, Carne roja, Embutidos, Leche y sus derivados, Alimentos horneados o fritos, Carnes, incluidas la carne de res, cerdo o aves, especialmente con piel, Crema de leche, Leche entera, Queso o yogur hechos con leche entera.



El consumo elevado de **AZÚCARES** se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer y caries dental.
Alimentos que contienen exceso de azúcar: Refrescos, gaseosas, jugos de fruta azucarados, mermeladas, jaleas, cereales de desayuno, tortas, helados, golosinas o confitería, postres, chocolate, productos de panadería, miel, panela, azúcar de mesa.



El consumo excesivo de **GRASAS TRANS** ocasiona obstrucción de arterias: Aumentan el riesgo de muerte por infarto, aumento del colesterol LDL: acumulación en las arterias, aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares: accidente cerebro vascular, cardiopatía coronaria. Alimentos que contienen exceso de grasas Trans: horneados comerciales, como pasteles, galletas dulces y tortas, Manteca vegetal- margarina, Palomitas para microondas, Pizza, salchipapa, hamburguesa, perro caliente (comida rápida), Frituras, incluidas las papas fritas, las donas y el pollo frito, Crema de leche.

Son muy perjudiciales para el corazón porque son peores que cualquier otro tipo de grasa.



El sello se coloca cuando al producto se le han añadido azúcares durante su procesamiento y representan más de 10% de las calorías totales.
El consumo en exceso a largo plazo puede llevar a obesidad, hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer y enfermedades del corazón.

Alimentos con **EDULCORANTES:** Alimentos con exceso en azúcar como postres, refrescos, gaseosas, caramelos, chicles, golosinas.

2. Comprensión de la información nutricional

Las etiquetas de los alimentos contienen información sobre sobre la cantidad de calorías, porciones y datos nutricionales de los alimentos. Leerlas le ayudará a hacer elecciones saludables al hacer las compras y planificar las comidas.
Siempre verifique primero el tamaño de la porción. Toda la información en la etiqueta se basa en el tamaño de ésta. Muchos paquetes contienen más de 1 porción.

Para **comprender el etiquetado nutricional,** es importante tener en cuenta que:
- La información debe ser precisa, clara y fácil de leer.

- La información obligatoria incluye el valor energético, la cantidad de grasas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal.

- La información nutricional suele estar en la parte frontal del etiquetado, pero debe estar más extensa en el resto del etiquetado.

- La información calórica le indica el número de calorías en 1 porción.
- Para saber si un nutriente es bajo o alto, se puede usar el porcentaje del valor diario (%VD): 5 % o menos es bajo, y 20 % o más es alto.



Datos de Nutrición

1 raciones por envase
Tamaño por Ración 1 bar

Cantidad por Ración
Calorías **360**

	% valor diario*
Grasa Total 21g	32%
Grasa Saturada 13g	65%
Grasa Trans 0g	
Colesterol 20g	7%
Sodio 60mg	3%
Carbohidrato Total 44g	15%
Fibra Dietética 2g	8%
Los azúcares totales 41g	

Siempre se debe observar el tamaño de la porción

Este producto es RICO en grasa total y grasa saturada. Para cada día, se debe tratar de consumir NO MAS de un total del 100% de éstos



- Al elegir entre diferentes marcas o productos similares, se pueden comparar las etiquetas y elegir los alimentos que tengan la menor cantidad de azúcares añadidos, grasas saturadas y sodio.

El total de carbohidratos está listado en letra negrilla para que se destaque y se mide en gramos (g). El azúcar, el almidón y la fibra vegetal conforman los carbohidratos totales que aparecen en la etiqueta. El azúcar aparece por separado. Todos estos carbohidratos excepto la fibra elevan su azúcar en la sangre.

Verifique la grasa total en 1 porción. Preste atención especial a la cantidad de grasa saturada en 1 porción.
Escoja alimentos que sean bajos en grasa saturada. Por ejemplo, tome leche descremada o al 1% en lugar de leche al 2%, o leche entera. La leche descremada tiene sólo una pequeña cantidad de grasa saturada. La leche entera tiene 5 gramos de esta grasa por porción.

Se debe prestar atención a las grasas trans en cualquier etiqueta de alimentos. Estas grasas elevan el colesterol "malo" y reducen el colesterol "bueno".
Si un alimento contiene estas grasas, la cantidad aparecerá en la etiqueta debajo de la grasa total. Las grasas se miden en gramos. Busque alimentos que no tengan grasas trans o que tengan un contenido bajo de ellas (1 gramo o menos).

El sodio es el ingrediente más importante de la sal. Este número es particularmente importante para las personas que estén tratando de consumir menos sal en su alimentación. Una etiqueta que diga que un alimento tiene 100 mg de sodio significa que este tiene aproximadamente 250 mg de sal. Usted debe consumir menos de 2,300 mg de sodio al día. Esta es la cantidad de sodio en 1 cucharadita de sal de mesa.

3. **Orientación hacia un Plan Alimentario saludable:**

Se brindaron estrategias para reducir el consumo de estos alimentos y optar por alternativas más saludables.



- Recomendaciones nutricionales a los estudiantes y docentes.
- Se orientó hacia la elaboración de un plan alimentario equilibrado que incluya alimentos nutritivos y la reducción de alimentos no saludables.
- Se hizo Promoción de hábitos alimenticios positivos y sostenibles.

Para brindar estas orientaciones se tomó de base las recomendaciones establecidas en las guías alimentarias para población Colombiana mayor de 2 años establecidas por el ICBF y se les socializó el modelo de alimentación sugerido para Colombia- "*El plato saludable de la familia colombiana*" el cual es el icono de las Guías alimentarias, que nos ayuda a recordar los seis grupos de alimentos que debemos consumir durante el día para elegir una alimentación variada y saludable. Nuestro país ofrece una gran variedad de alimentos de estos seis grupos, por ello debemos aprovechar esta riqueza y diversidad.

- Cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados.
- Frutas y verduras
- Leche y productos lácteos
- Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas
- Grasas
- Azucares

El propositivo del plato saludable es promover una alimentación que incluya todos o la mayoría de los grupos de alimentos en cantidades adecuadas, frescos y variados. Invitar a consumir alimentos y preparaciones saludables propias de la cultura colombiana. Incentivar el consumo de agua, la actividad física y compartir en la mesa con la familia.

Recomendaciones nutricionales compartidas:

1. Consume alimentos frescos y variados, como lo indica el Plato saludable de la familia colombiana.
2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consume diariamente leche, u otro producto lácteo, y huevo.

3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluye frutas enteras y verduras frescas en cada una de las comidas.
4. Para complementar la alimentación, consume al menos dos veces por semana leguminosas como fríjol, lenteja, arveja o garbanzo.
5. Para prevenir la anemia, los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.
6. Para mantener un peso saludable, reduce el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.
7. Para tener una presión arterial normal, reduce el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete altos en sodio.
8. ¡Cuida tu corazón! Consume aguacate, maní y nueces; disminuye el consumo de aceite vegetal y margarina; evita grasas de origen animal como mantequilla y manteca.
9. Por el placer de vivir saludablemente, realiza actividad física de forma regular.

3. Evaluación

Los participantes mostraron interés y participaron activamente en las discusiones y actividades propuestas.
Realizaron preguntas, dieron su opinión sobre el tema, contaron sus experiencias respecto a la forma de alimentarse.

Al finalizar la presentación se realizó una actividad de afianzamiento del tema, la cual consistió en seleccionar varios estudiantes, y a cada uno se les entregó unas fichas con nombres de alimentos ultra procesados los cuales debían ser ubicados debajo de los sellos según el exceso que consideraban contiene cada uno.

4. Conclusiones

Los estudiantes adquirieron una comprensión clara sobre cómo interpretar el etiquetado frontal de advertencia, la interpretación de la información nutricional y la importancia de una alimentación saludable. Se observó una mayor conciencia sobre los riesgos asociados con los alimentos ultra procesados y un interés en adoptar hábitos alimenticios más saludables. Se recomendó continuar con talleres de seguimiento para reforzar el aprendizaje y apoyar la implementación de cambios en la dieta.
Las orientaciones fueron efectivas en promover una mayor comprensión de la nutrición y el etiquetado de alimentos, así como en orientar a los estudiantes hacia prácticas alimenticias saludables. Se destacó la importancia de continuar con la educación y el seguimiento para asegurar la implementación de los conocimientos adquiridos.
Sin más temas por tratar, se da por finalizada las orientaciones, agradeciendo la participación de todos los presentes, se establecen compromisos y se recolectan las firmas de asistencia.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	**Aplicar el Conocimiento Adquirido** Interpretar correctamente las etiquetas de alimentos y bebidas al momento de realizar compras, utilizando la información del etiquetado frontal de advertencia.	Estudiantes y docentes	Permanente

2.	**Compartir la Información** Compartir la información sobre etiquetado frontal y alimentación saludable con familiares y amigos para ampliar el impacto del aprendizaje.	Estudiantes y docentes	Permanente
3.	**Facilitar Asesoria Nutricional** Ofrecer asesoria personalizada o consultas con profesionales de la nutrición para ayudar a los participantes a desarrollar y seguir un plan alimentario adecuado.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	2024

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Reunión de concertación 16 agosto 2024



21 de octubre 2024 Primera Orientación en salud - Institución educativa Cesar Pompeyo Mendoza curso 903





21 de octubre 2024 Primera Orientación en salud - Institución educativa Cesar Pompeyo Mendoza curso 903













21 de octubre 2024 segunda Orientación en salud - Institución educativa Cesar Pompeyo Mendoza curso 901 y 902









ANEXOS:	Acta de concertación, Listados de asistencia, material informativo, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Celedon	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Dubis Garcia	49766730	
	Isabel Calderon L.	49.787.994	

"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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 21 octubre 2024

LUGAR: I.E. César Pompeyo Mendoza Hinojosa. Grado 903

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. DESPLAZANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. EMBARAZADA 4. LACTANTE 5. DOCENTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Angy Moreno L.	1063[illegible]038	2	4	4	4	5	3117172897	Ins. Cesar P. Docente	Angy Moreno
2	Luz Nelly Rincon	1067611057	2	3	1	4		3164513145	Grado 9-03	
3	Yeimis Mozo Solos	1065635145	2	3	4	4		3225382433	Grado 903	
4	Daliana Iguaran pacheco	1027211478	2	3	4	4		3106655795	Grado 903	
5	Dano Guerra Cara	1067608956	2	3	2	1		3215364511	Grado 903	
6	Mariangel Godoy Angulo	1067608724	2	5	4	1		3174185214	Grado 903	
7	Fanneys anteydra	1d[illegible]215	2	3	4	4		3[illegible]5763	903	
8	Yorimis Blanco B.	1066878411	2	3	4	1		3008546812	903	
9	Melissa castro Zayas.	1006876354	2	3	4	4		3137287524	903	
10	Anaba Merca castillo	1066876341	2	3	4	1		3018229893	903	Anaba
11	Sharol Palmera	1066285299	2	3	4	4		3225673[illegible]	903	Sharol P.
12	Nuria Juliana Maldonado H.	1062941704	2	3	4	1		3053299078	903	
13	Naylin mishell Sepulveda M.	1.067607160	2	3	4	4		3217598777	903	
14	Daniela Isabel Fragoso P.	1065636681	2	3	4	4		3054615553	903	
15	Sheril Collazos Mejia	1067609197	2	3	4	4		3243892384	903	
16	Dilany salcedo p.	1067607202	2	3	4	4		3145637138	7°03	
17	Nicol Andrea Salcedo	1066286357	2	3	4	4		3022216008	9°3	
18	Valerith Rodriguez	1065645879	2	3	4	4		3022073791	9°3	
19	Diana Perez	1067608526	2	3	4	4		3044704363	9°3	
20	Angie Jimenez	1067610192	2	3	4	4		3044512569	9°3	

*(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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidos en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 21 octubre 2024

LUGAR: I.E. César Pompeyo Mendoza Hinojosa. Grado 903

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (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	Nicolas eduardo C	1067605025	1	3	4	4		3126392355	Ins Cesar Pompeyo Nicolas C.	
2	juan jose miranda	1067606115	1	3	4	4		320 690 [illegible]	ro 903	
3	Allinson martinez	1019997348	2	3	4	4		3003592920	903	Allinson
4	Shanneth olivero Angulo	1006816214	2	3	4	4		3043264690	903	
5	Sharith Ropero R.	1065629972	2	3	4	4		3233597752	903	
6	Hoarcn Duran Zuñiga	1031918495	1	3	4	4			903	
7	Luis Henry Suarez	1065625180	1	3	4	4		3235728384	903	
8	Juan José Rosado Mora	1066876267	1	3	4	4			903	
9	Keyner Yesid De la Rosa A	1064617968	1	3	2	4		3243346996	903	
10	Santiago jose hernande	1065623446	1	3	4	4			903	
11	Moises Mateo Maestre	1067609923	1	3	4	4		3175575845	903	Moises
12	Santiago Guerra niño	1065287010	1	3	1	4			903	
13	Hoarcn Molina Martina	1065811434	1	3	4	4			903	
14	Cristian David marin	1067607006	1	3	4	4			903	
15	Gerson Rada	1067611839	1	3	4	4			903	
16	Angel castañeda arrieta	1066878477	1	3	4	4		3216526041	903	
17	Jaider Julio Flores	1066870156	1	3	4	4		3046202605	903	Jaider
18	Esteban Castro P.	1067609718	1	3	4	4		3217311368	903	
19	Daniel Cabrera Sierra	1065871043	1	3	4	4		3116197239	903	
20	Laura Sofia Coronado L	1066877641	2	3	4	1		3044943836	903	

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidos a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492 /2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD FECHA: 21 octubre 2024

LUGAR: I.E. César Pompeyo Mendoza Hinojosa. Grado 901 - 902

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 años hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. NAO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. DESVINC 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PPL 3. DISCAPACITADO 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Roberto Carlos Restrepo	1065844671	1	4	4	4	1	3007219555	Docente	Roberto Restrepo
2	Manuel F. Montoya Cerpa	1067721915	1	4	1	1		3202641120	Docente	Manuel Montoya
3	Daniela Mitchel Urbina	1065644914	2	3	4	4		3141549558	902	Daniela.
4	Isabella Romero Anaya	1065635823	2	3	4	4		3195779726	902	
5	Valentina Vélez R.	1066879888	2	3	4	4		3153204160	902	Valentina
6	Marianna Martínez R.	2067609668	2	3	4	4		3202825527	902	Marianna
7	Laura Sofia Rodriguez A	1066876577	2	3	4	4		3146675059	902	
8	Maria Paula Ariza G.	1067606693	2	3	4	4		3043405686	902	
9	Kyara Zambrano	1065641907	2	3	4	4		3193641869	902	Kyara
10	Edelinne Campo	1067610061	2	3	4	4		3170755179	902	Edelinne
11	Mariana Ramirez	1066286366	2	3	4	4		3046018161	902	Mariana.
12	Emily Carrillo M	1.0668763	2	3	4	4		3108744718	902	Emily
13	Luis Mario Navarro M.	1066286548	1	3	4	4		3012309975	902	Luis
14	Ena Mellev Acosta	1067608668	2	3	4	4		3214985096	902	Mellev
15	Andreina Camilo A.	1065633941	2	3	4	4		3023774116	902	Andy
16	María José Rosado	1066876110	2	3	4	4		3215118739	902	
17	Diana Carolina Pelta R.	1066286892	2	3	4	4		3041764297	902	
18	Yusleidys Alvear B	1066876539	2	3	4	4		3003734335	902	
19	Andrea Hernández P.	1067608397	2	3	4	4		3147348747	902	Andrea
20	Dayannys Bracho	1067608707	2	3	4	4		3044822592	902	Dayannys Bracho

*(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?: Orientación en Salud

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidos en la resolución 2492 /2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD

FECHA: 21 octubre 2024 LUGAR: I.E. César Pompeyo Grado 901 - 902

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 a 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMAS: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2.PCD 3 CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	PROCEDENCIA	FIRMA
									César Pompeyo	
1	Evangelys torres de luques	1128107161	2	3	4	4		3118770636	9-02	Evangelys T.
2	Gabriel castañez Acosta	1004008860	1	3	4	4		3160754111	9-02	
3	Luis Jeremy Rodriguez	1065626973	1	3	1	4		3173691249	902	
4	Freydell Andres Caranga	[illegible]	1	3	2	4			902	
5	Alejandra Reyes M	1006875943	2	3	2	4		3025588660	902	
6	Izabell Sofia Tique Cardenas	1067612049	2	3	H	H		3135119424	902	Izabell
7	Valery Medina Polo	1066875452	2	3	4	4		3187456431	902	Valery M.
8	Cristian camilo mindiola	1066286860	1	3	4	4		3052416736	902	
9	Junior Guillermo C.	1069672273	1	3	4	4			902	
10	Emmanuel martinez Q.	1065616277	1	3	4	4			902	
11	Camilo ochoa	1067610666	1	3	4	4	—	3187110836	902	Camilo O.
12	Yamir Andres Hoyos	1066877277	1	3	4	4		3107132743	902	
13	OSWALDO Gutierrez	1093947548	1	3	4	4		3245628749	902	
14	Rafael david Carrillo F	1065636436	1	3	4	4		3217520558	902	

*(PCD) Personas con Discapacidad

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: ¿CUAL?: Orientación en Salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 21 octubre 2024. LUGAR: I.E. César Pompeyo Grado 901 - 902

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 a los 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años a los 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 26 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (27 años hasta 59 años 11 meses 29 días) VEJEZ (60 años en adelante)	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	Jorge Pivela	1065669916	2	3	4	4		3145862654	Ins. Pompeyo 901	
2	Leidy M. Rodriguez N.	1066286936	2	3	4	4		3022844225	901	
3	Naidelin hernandez s.	1068385857	2	3	4	4		312 2928470	901	
4	Fernanda Mishell Mejia U.	1067609337	2	3	4	4		3148599890	9°1	
5	Amaranta Cobo Gonzalez	1082947658	2	3	4	4		321 68 66807	901°	
6	Lenis yanes Simmino	1067602715	2	3	4	4		3233024722	9°1	
7	Sharik Higuita S	1065633762	2	3	4	4		3018899199	901	
8	Violeta Daza	1067611789	2	3	4	4		3043801798	901	
9	Lina Simanca Rodriguez	1067610381	2	3	4	4		3182281569	901	
10	Andrea Sofia Daza Rios	1065634123	2	3	4	4		3188412217	901	
11	Valeria Rodriguez Acuña	1067611120	2	3	4	1		3215606903	9°01	
12	Anahi Vasquez velasquez	1065634178	2	3	4	1		3207417239	901	
13	Alvarez fuentes maria	3043943026	2	3	4	4		3043943026	901	
14	Ivanna Mishel Aroca P.	1066287560	2	3	4	4		3102301947	901	

*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 HUMBERTO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en Salud dirigidas a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en Colegios Publicos para la Comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecidas en la resolución 2492/2022.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC- HEAD. FECHA: 21 OCTubre 2024

LUGAR: I.E. César Pompeyo Mendoza Hinojosa. Grado 901 - 902

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	Isabel sofia Mesa Caicedo	1065611188	2	3	4	4		3016[illegible]07	901	
2	Celia Daniela Velez	1066879537	2	3	4	4		3153264166	901	Laura
3	Juan Lucas Navarro Peña	1066877007	1	3	4	4		3006185[illegible]2	901	Juan
4	Luis Santiago Diaz Ochoa	1067607775	1	3	4	4		3012[illegible]85	901	
5	Samuel David Henriquez Pacheco	1066287317	1	3	4	4		3146[illegible]90	4-01	
6	Frank jose moreno tones	1067610462	1	3	4	4		3045[illegible]10	9:01	
7	Edgar David Chamorro	1066881[illegible]	1	3	4	4			901	
8	Manuel Esteban velasquez	1022750520	1	3	4	4		3152429[illegible]	901	Manuel Velasquez
9	Ayneth Ohael Angulo Villegas	1066877654	1	3	2	1		3228[illegible]	901	Ayneth Angulo
10	Elian Josue Luis Hernandez	3026783[illegible]	1	3	1	4		3026[illegible]	901	
11	Sebastian Elias gonzalez	1066872113	1	3	4	4		3170[illegible]	901	Sebastian
12	Jose Ricardo Mirdoia Su..	1066288859	1	3	4	4		3052[illegible]	9-01	
13	cristian David Aragon Gutierrez	1066296900	1	3	4	4		3[illegible]	901	
14	Sebastian Guerrero Carrillo	1223352068	1	3	4	4		300 335 2018	9-1	

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Acciones de información en salud dirigidos a docentes y estudiantes para la promoción de alimentos saludable en colegios publicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia establecida en la resolucion 2492/2022

RESPONSABLE: FECHA: 21 OCTUBRE 2024.

LUGAR: I.E. Cesar Pompeyo Mendoza Hinojosa. Grado 901 - 902

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) 5. 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 Andres Rodriguez C.	1066286152	1	3	4	4			Cesar Pompeyo 902	
2	Juan Esteban Mejia	1060750413	1	3	4	4			902	Juan Esteban.
3	Jose David Diaz	1122404925	1	3	4	4			902	Jose David
4	Oscar David Nuñez Campo	1065633802	1	3	4	4			902	[illegible]
5	Andrés felipe Cujia trigos	1066376181	1	3	4	4			902	Andres.
6	Illich Rolero 902	1065631573	1	3	4	4			902	
7	Juan Luis Castillo	1006879719	1	3	4	4			902	
8	Yeisson Andres Correa	1067610326	1	3	4	4			901	
9	Damian camilo arteaga	1063489097	1	3	4	4			901	
10	Sebastian Gomez	1066286770	1	3	2	4			901	
11	Fulider Lenin Mayuno	1065633080	1	3	1	1			901	
12	Sebastian cedano	1066876113	1	3	4	4				
13										
14										

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

ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

CUIDA LO QUE COMES

Una buena alimentación es fundamental para mantener una óptima salud y mejorar nuestra calidad de vida. Mantener una dieta balanceada, rica en nutrientes esenciales como vitaminas y minerales, no solo fortalece nuestro sistema inmunológico y nos proporciona energía, sino que también ayuda a prevenir enfermedades crónicas. Evitar los alimentos ultraprocesados, es clave para mantener un estilo de vida saludable y promover el bienestar a largo plazo.

CLASIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS



ALIMENTOS SIN PROCESAR



INGREDIENTES CULINARIOS PROCESADOS



ALIMENTOS PROCESADOS



ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS

¿QUÉ SON LOS ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS?

Los alimentos ultraprocesados son aquellos que han sido modificados industrialmente y contienen ingredientes añadidos como conservantes, colorantes y saborizantes. Es importante conocerlos para llevar una dieta saludable



RIESGOS DE LOS ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS

Salud Cardiovascular

El alto contenido de sodio en estos alimentos puede elevar la presión arterial y aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares

Obesidad y Diabetes

El exceso de azúcares añadidos y grasas saturadas está asociado con un mayor riesgo de obesidad y diabetes tipo 2

Problemas Digestivos

La baja cantidad de fibra en estos alimentos puede causar problemas digestivos como el estreñimiento

MENOS PROCESADOS

Todo alimento tiende a tener un mejor valor nutricional cuanto más cerca se encuentre en su estado natural, es decir cuando está menos procesado, además unos de sus beneficios es que vas a estar consumiendo menos grasas, azúcar y sal.



ACTIVIDAD No. 5

Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir.

INFORME DE ACTIVIDADES No. 003

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 767
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTE Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS **($1.416.738.625,00)** MCTE.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES.
PERIODO REPORTADO	**OCTUBRE DE 2024**
VALOR EJECUTADO MES	**$ 36.000.000 PESOS**

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDAD DE CUMPLIMIENTO	ANEXOS
Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir.	Durante este periodo se realizaron Siete (07) jornadas de salud en las siguientes fechas y lugares de ejecución. 1. 11 octubre 2024 centro de desarrollo infantil Nevada PM. Se valoraron 141 niños y niñas. 2. 18 octubre 2024 jornada de salud "Valledupar te cuida" Barrio Candelaria Sur- Se valoraron 35 niñas y niñas. 3. 21 octubre 2024 centro de desarrollo infantil Nevada PM. Se valoraron 90 niños y niñas. 4. 23 octubre 2024 Centro de Desarrollo Infantil Paisaje de Sol. Se valoraron 149 niños y niñas 5. 24 octubre 2024 Centro de Desarrollo Infantil Paisaje de Sol. Se valoraron 117 niños y niñas. 6. 26 Octubre 2024 Jornada de salud Barrio Villa Miriam. Se valoraron 20 niños y niñas 7. 30 de octubre 2024 Jornada de salud corregimiento Badillo. Se valoraron 57 niños y niñas. Las jornadas se llevaron a cabo con el apoyo de los líderes representantes de estas poblaciones intervenidas. Durante el desarrollo de las orientaciones se derivó al servicio de salud 1 niño identificado con desnutrición aguda moderada el cual es sujeto de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual fue necesaria realizar la canalización hacia el HEAD.	Registro fotográfico con fecha y georreferenciación Registro de asistencia en el formato establecido. Reporte de pacientes canalizados a las EAPB y SLS Folleto educación alimentaria y nutricional. Videos Informe final de ejecución Plan de acción diligenciado y con seguimiento

Se anexa; Soportes relacionados por la obligación contractual.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes Noviembre del 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Olga Yesenia Diaz Celedon Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES No. 2

Ejecución de siete (7) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a niños y niñas según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con dificil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir. Estrategia "CUIDA LO QUE COMES"

ELABORADO POR:
DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

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, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional tiene previsto el desarrollo de varias actividades que buscan efectuar en entornos comunitarios de la ciudad la estrategia **"Cuida lo que comes"**.

El presente informe tiene como objetivo dar cuenta de la ejecución de las cinco Jornadas de Salud realizadas en el municipio de Valledupar, tanto en zona rural como urbana, con el fin de llevar a cabo intervenciones individuales y colectivas orientadas a la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en niños, conforme a lo establecido en las resoluciones 2465 de 2016, 2350 de 2020 y 3280 de 2018. Estas jornadas estuvieron dirigidas a un total de 169 niños, quienes fueron atendidos bajo los lineamientos técnicos y normativos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y en estrecha colaboración con las Entidades administradoras de planes de beneficios del municipio.

2. OBJETIVOS

- La Identificación temprana de riesgos nutricionales en niños y niñas según disposiciones normativas vigentes.

- Detección e identificación de casos de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda.

- Valoración clínica y clasificación nutricional para confirmar la presencia de la desnutrición aguda moderada y severa, definir el escenario de manejo según resolución 2350 de 2020.

3. METODOLOGIA

Realización de la programación según los trimestres establecidos en la ficha y de acuerdo a la programación del plan de acción para la realización de las intervenciones.

Formalización y realización de la articulación con los actores involucrados, informando de la actividad a realizar.

Creación y estandarización del formato para recolectar información individual de los niños evaluados.

Ejecución de la jornada de salud en articulación con las EAPB del municipio a través de un equipo interdisciplinario que garantice el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS en las áreas rurales y urbanas.

Realización de las tomas de medidas antropométricas a todos los niños y niñas menores de 5 años que se convoquen a la jornada de salud e identificación de los niños y niñas que presenten desnutrición aguda moderada.

Reporte de niños y niñas que se encuentren fuera de los parámetros establecidos según peso y talla a su respectiva EAPB y a la secretaria local de salud.

Realizar el informe correspondiente al desarrollo de las actividades.

4. ALCANCE

Detección temprana de factores de riesgo nutricional:
Uno de los principales alcances es la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en los niños del municipio, lo que permite intervenir a tiempo para evitar el

desarrollo de problemas de salud mayor, como la desnutrición.

5. EJECUCION

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir.
1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
ITEM A. ESTRATEGIA "CUIDA LO QUE COMES" "ENTORNO COMUNITARIO". Para el desarrollo de las jornadas de salud se tuvo en cuenta el ciclo de vida de la actividad descrito en la ficha técnica, realizando como inicio, la programación según el trimestre establecido en la ficha y de acuerdo a la programación del plan de acción para la realización de las intervenciones. En ese sentido, en este IV trimestre corresponde realizar quince (15) jornadas de salud, de las cuales se presentan a continuación en este informe las siete (7) realizadas en el mes de Octubre. Se realizó la formalización y la articulación con los actores involucrados, informando de la actividad a realizar. Durante el Desarrollo: Se ejecutaron las 7 jornadas de salud en articulación con líderes comunitarios y equipos de salud de la institución. Utilizando equipos de antropometría calibrados y cumpliendo con las especificaciones técnicas de la norma (resolución 2465 de 2016); dentro de la jornada se realizó la toma de medidas antropométricas a todos los niños y niñas menores de 5 años que fueron convocados a las jornadas de salud, identificando a los niños y niñas que presentan desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda. Estas mediciones se basaron en lo establecido por la Resolución 2465 del 2016, y la información recolectada fue consignada con claridad en el formato creado para registrar la información de la población intervenida. En este formato se registra la siguiente información: Documento de identidad, nombres y apellidos, sexo, fecha de nacimiento, EAPB a la que se encuentran afiliados; fecha de la toma, el peso en kg, la talla en cm y el perímetro braquial para el caso de los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda y finalmente se registra la clasificación antropométrica según los indicadores peso para la talla y talla para la edad y se consigna la necesidad de la canalización al servicio de salud a quién corresponda. Adicionalmente aquellos niños y niñas que se encontraron fuera de los parámetros establecidos según el indicador antropométrico peso para la talla fueron canalizados a su respectiva EAPB para garantizar el seguimiento de estas intervenciones por parte del asegurador. En el caso de los niños y niñas en los que no se encontró ningún riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda, se le brindó claridades a la familia del resultado de las tomas de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual, así como también se brindó educación alimentaria y nutricional en alimentación saludable relevante para la familia a través de la entrega de folleto educativo. Para completar el ciclo de vida de la actividad, se genera este informe final de ejecución y se anexan los soportes que se describen en los medios de verificación del cumplimiento de la actividad. Para la ejecución de las jornadas de salud en el mes de octubre se escogieron los siguientes lugares siguiendo las directrices establecidas en la ficha técnica respecto a los territorios priorizados y en articulación con los actores involucrados realizando las jornadas así: 1. 11 octubre 2024 centro de desarrollo infantil Nevada PM. Se valoraron 141 niños y niñas. 2. 18 octubre 2024 jornada de salud "Valledupar te cuida" Barrio Candelaria Sur- Se valoraron 35 niñas y niñas. 3. 21 octubre 2024 centro de desarrollo infantil Nevada PM. Se valoraron 90 niños y niñas.

4. 23 octubre 2024 Centro de Desarrollo Infantil Paisaje de Sol. Se valoraron 149 niños y niñas
5. 24 octubre 2024 Centro de Desarrollo Infantil Paisaje de Sol. Se valoraron 117 niños y niñas.
6. 26 Octubre 2024 Jornada de salud Barrio Villa Miriam. Se valoraron 20 niños y niñas
7. 30 de octubre 2024 Jornada de salud corregimiento Badillo. Se valoraron 57 niños y niñas.

ANEXOS ITEM A:
- Oficios de concertación de las jornadas
- Informe de la actividad
- Registro fotográfico con georreferenciación.

ITEM B. ESTRATEGIA "CUIDA LO COMES" "ENTORNO COMUNITARIO". Desarrollo de las jornadas de salud por cada lugar de ejecución.

La ejecución de esta actividad se inició en el mes de Setiembre con cinco (5) jornadas de salud y se continuó en el mes de Octubre con siete (7) jornadas de salud así:

Realización de dos (2) jornadas de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en doscientos treinta y uno (231) niños y niñas del Centro de desarrollo infantil CDI Nevada pm los dias 11 y 21 de octubre de 2024 en articulación y concertación con la profesional de apoyo al componente de salud y nutrición del CDI, la nutricionista Ysis Ramos Lupaca. Durante la concertación para la realización de la actividad se acordó realizar dos (2) jornadas de salud debido a que la cantidad de niños y niñas a intervenir lo amerita, y que además realizarla en un solo día dificultaba el desarrollo de la jornada con satisfacción en sincronía con la ejecución de las actividades planeadas del CDI.

1. El 11 de octubre durante estas jornadas se prestaron los servicios de:
   Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, influenza para todas las edades.
   Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit. El total de niños y niñas valorados este día fue de 141.
2. El 21 de octubre se dio continuidad a la jornada realizando
   Valoración nutricional a los niños y niñas que no fueron intervenidos en la primera jornada. El total de niños y niñas valorados fue 90.
   Odontología en el cual se brindó orientación a los niños sobre higiene oral, se realizó aplicación de barniz de flúor y entrega de kit de salud oral.

3. Realización de una (1) jornada de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en treinta y cinco (35) niños y niñas del barrio Candelaria Sur en la comuna 2 el día 18 de octubre de 2024 en articulación con la oficina de gestión social y secretaria de salud en el marco del desarrollo de las jornadas de salud integral ***"Valledupar te cuida"***
   Para el desarrollo de la jornada de salud se realizó la formalización y la articulación con los actores involucrados, informando de la actividad a realizar.
   Durante esta jornada de salud se prestaron los servicios de:
   Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit.
   Educación alimentaria y nutricional a través de la entrega de material informativo sobre alimentación saludable para la etapa de crecimiento y desarrollo en la primera infancia.
   Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, toxoide para mujeres en edad fértil de 10 a 49 años; DPT para mujeres embarazadas desde las 26 semanas de gestación, VPH para niños y niñas desde los 9 a 17 años; influenza para todas las edades.

Odontología en el cual se brindó atención de higiene oral y aplicación de barniz de flúor a niños y niñas.
Medicina general brindando atención a los niños y niñas identificados en riesgo de desnutrición aguda y a población general con alguna alteración en su estado de salud.
Tamizaje de riesgo cardiovascular dirigido a población adulta mayor
Desparasitación con albendazol
Inscripción en el SISBEN
Afiliación al sistema general de seguridad social en salud
Donación de sangre
Vacunación de perros y gatos
Actividades artísticas y recreativas dirigidas por el ejército nacional.

Realización de dos (2) jornadas de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en doscientos sesenta y seis (266) niños y niñas del Centro de desarrollo infantil CDI Paisaje de sol los días 23 y 24 de octubre de 2024 en articulación y concertación con la profesional de apoyo al componente de salud y nutrición del CDI, la nutricionista Noribeth Serrano Cárcamo. Por la cantidad de niños y niñas a intervenir, fue necesario realizar las jornadas en 2 días consecutivos por solicitud de los representantes del centro ya que en un día dificultaba el desarrollo de la jornada con satisfacción en sincronía con la ejecución de las actividades planeadas del CDI durante esos días.

4. El 23 de octubre durante esta jornada se prestaron los servicios de:

- Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, influenza para todas las edades.
- Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit.
- Odontología en el cual se brindó aplicación de barniz de flúor.

El total de población intervenida con valoración nutricional en esta jornada de salud fue de 149 niños y niñas.

5. El 24 de octubre se dio continuidad a la jornada prestando los servicios de:

- Valoración nutricional
- Desparasitación

El total de población intervenida con valoración nutricional en esta jornada de salud fue de 117 niños y niñas.

6. Realización de una (1) jornada de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en Veinte (20) niños y niñas del barrio Villa Miriam en la comuna 4 el día 26 de octubre de 2024 en articulación con la junta de acción comunal del barrio donde se desarrolló la cuarta jornada nacional de vacunación ***"Las vacunas son gratis y seguras- vacunate"***
Para el desarrollo de la jornada de vacunación se realizó la formalización y la articulación con los actores involucrados, informando de la actividad a realizar.
Durante esta jornada de vacunación se prestaron los servicios de:

- Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, toxoide para mujeres en edad fértil de 10 a 49 años; DPT para mujeres embarazadas desde las 26 semanas de gestación, VPH para niños y niñas desde los 9 a 17 años; influenza para todas las edades.
- Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit.
- Educación alimentaria y nutricional a través de la entrega de material informativo sobre alimentación saludable para la etapa de crecimiento y desarrollo en la primera infancia.
- Odontología en el cual se brindó atención de higiene oral y aplicación de barniz de flúor a niños y niñas.

- Medicina general brindando atención a los niños y niñas identificados en riesgo de desnutrición aguda y a población general con alguna alteración en su estado de salud.
- Citología
- Atención por psicología
- Atención por enfermería (control de crecimiento y desarrollo)
- Orientación para la prevención del dengue
- Actividades artísticas y recreativas.

7. Realización de una (1) jornada de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en cincuenta y siete (57) niños y niñas del corregimiento Badillo el día 30 de octubre de 2024 desarrollada en el puesto de salud del corregimiento y con el apoyo del equipo de atención primaria en salud. Para el desarrollo de la jornada de salud se realizó la formalización y la articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios mixtos Guacoche –guacochito que administra el programa de primera infancia en el corregimiento de Badillo.

   Durante esta jornada se prestaron los servicios de:

- Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit.
- Educación alimentaria y nutricional a través de la entrega de material informativo sobre alimentación saludable para la etapa de crecimiento y desarrollo en la primera infancia.
- Medicina general brindando atención a los niños y niñas identificados en riesgo de desnutrición aguda y a población general con alguna alteración en su estado de salud.
- Odontología en el cual se brindó atención de higiene oral y aplicación de barniz de flúor a niños y niñas.
- Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, toxoide para mujeres en edad fértil de 10 a 49 años; DPT para mujeres embarazadas desde las 26 semanas de gestación, VPH para niños y niñas desde los 9 a 17 años; influenza para todas las edades.
- Atención por nutrición del equipo de atención primaria en salud.
- Atención por psicología del equipo de atención primaria en salud.
- Atención por enfermería del centro de salud del corregimiento (control de crecimiento y desarrollo).

ANEXOS ITEM B:

- Formato de registro de información de los usuarios intervenidos
- Oficios de canalización a las EAPB

A continuación se describe el consolidado general de los resultados obtenidos del estado nutricional de la población intervenida:

Estado nutricional según indicador Peso/Talla	Cantidad de niños y niñas	Canalización al servicio de salud	
		SI	NO
Peso adecuado para la talla	479	0	0
Desnutrición aguda moderada	1	1	
Desnutrición aguda severa	0	0	0
Riesgo de desnutrición aguda	43	43	
Riesgo de sobrepeso	73	0	0
Sobrepeso	11	11	
Obesidad	2	2	
TOTAL DE POBLACIÓN INTERVENIDA	**609 Niños y niñas**	**57**	

En la tabla anterior se puede observar que la cantidad de niños y niñas intervenidos fue seiscientos nueve (609) de los cuales 1 fue identificado con desnutrición aguda moderada y cuarenta y tres (43) en riesgo de desnutrición aguda en los cuales no se identificó signos clínicos de alarma que requieran atención inmediata en los servicios de salud, sin embargo, recibieron atención por medicina general durante el desarrollo de las jornadas.
Los niños y niñas identificados con malnutrición tanto por déficit como por exceso de peso, fueron canalizados a su EAPB con copia a secretaria local de salud para garantizar la continuidad en las atenciones en salud que requieran.

CONCLUSIONES

Identificación temprana de factores de riesgo: Gracias a las intervenciones realizadas, se logró detectar de manera temprana factores de riesgo nutricional en la población infantil de zonas rurales y urbanas de difícil acceso, cumpliendo con los lineamientos establecidos en la Resolución 2465 de 2016, Resolución 2350 de 2020 y Resolución 3280 de 2018. Esto permitió establecer un punto de partida para el seguimiento y control de estos casos, facilitando una intervención oportuna.

Participación comunitaria y fortalecimiento del tejido social: La inclusión de líderes comunitarios y juntas de acción comunal fue crucial para la aceptación de la comunidad y el éxito de la intervención en los diferentes sectores. Su participación permitió identificar de manera más precisa las necesidades locales y garantizar la sostenibilidad de las acciones implementadas.

Difusión de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES": La estrategia educativa y de concientización "CUIDA LO QUE COMES" se desarrolló para fomentar hábitos alimentarios saludables y prevenir la malnutrición en la población infantil. Su difusión durante las jornadas contribuyó a sensibilizar a los cuidadores y a la comunidad sobre la importancia de una alimentación adecuada y los riesgos de una dieta deficiente.

1.2. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Informe de ejecución de actividades con evidencias fotográficas
- Folleto educativo entregado
- Registro de información de los niños y niñas intervenidos
- Reporte de pacientes canalizados a las EAPB
- Videos

Se anexa; Soportes en medio físico relacionado por actividad, registro fotográfico, videos e informe con sus soportes en medio magnético.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes de Noviembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Olga Yesenia Diaz Celedon Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del. PIC 2024

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

Valledupar 1 de Octubre de 2024

Recibi: Ysis P. Ramos L.
Coordinadora PM.
01 Octubre 2024
H: 12:00pm

Dra
Ysis Gea Ramos Lupaca
Apoyo en salud y nutrición
Centro de desarrollo infantil Nevada PM

Cordial saludo

El equipo de seguridad alimentaria y nutricional del plan de intervenciones colectivas del hospital Eduardo Arredondo Daza y la secretaria de salud de Valledupar, a través de la estrategia CUIDA LO QUE COMES, viene realizando jornadas de salud con el objetivo de realizar intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a niños y niñas menores de 5 años según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar.

En este sentido, nos gustaría contar con su apoyo para realizar una jornada de salud dirigida a los niños y niñas menores de 5 años de la unidad de servicio.

La jornada de salud se realizará en la fecha que usted disponga. Durante la actividad se contará con los servicios de salud:

- Vacunación con todos los biológicos del esquema regular.
- Odontología con aplicación de barniz de flúor y orientaciones en higiene oral
- Valoración nutricional

Agradecemos la atención y su apoyo para realizar este evento

Atentamente

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente SAN- PIC
Telf. 3155231686

Valledupar 8 de Octubre de 2024

Dra
Noribeth Serrano Cárcamo
Apoyo en salud y nutrición
Centro de desarrollo infantil Paisaje de Sol

Cordial saludo

El equipo de seguridad alimentaria y nutricional del plan de intervenciones colectivas del hospital Eduardo Arredondo Daza y la secretaria de salud de Valledupar, a través de la estrategia CUIDA LO QUE COMES, viene realizando jornadas de salud con el objetivo de realizar intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a niños y niñas menores de 5 años según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar.

En este sentido, nos gustaría contar con su apoyo para realizar una jornada de salud dirigida a los niños y niñas menores de 5 años de la unidad de servicio.

La jornada de salud se realizará en la fecha que usted disponga. Durante la actividad se contará con los servicios de salud:

- Vacunación con todos los biológicos del esquema regular.
- Odontología con aplicación de barniz de flúor y orientaciones en higiene oral
- Valoración nutricional
- Desparasitación.

Agradecemos la atención y su apoyo para realizar este evento

Noribeth Serrano
octubre 8 2024
Recibí OK

Atentamente

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente SAN- PIC
Telf. 3155231686

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

Valledupar 10 de Octubre de 2024

recibí: Luz Marina F. Asociación HC guacoche guacochito 10 octubre 2024

30 octubre Badillo

Sra
Luz Marina Guerra Farelo
Representante legal
Asociación de hogares comunitarios guacoche-guacochito

Cordial saludo

El equipo de seguridad alimentaria y nutricional del plan de intervenciones colectivas del hospital Eduardo Arredondo Daza y la secretaria de salud de Valledupar, a través de la estrategia CUIDA LO QUE COMES, viene realizando jornadas de salud con el objetivo de realizar intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a niños y niñas menores de 5 años según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar.

En este sentido, nos gustaría contar con su apoyo para realizar una jornada de salud dirigida a los niños y niñas menores de 5 años de las unidades de servicio de primera infancia que la asociación administra en el corregimiento Badillo.

La jornada de salud se realizará en la fecha que usted disponga. Durante la actividad se contará con los servicios de salud:

- Vacunación con todos los biológicos del esquema regular.
- Odontología con aplicación de barniz de flúor y orientaciones en higiene oral
- Valoración nutricional
- Medicina general
- Nutrición
- Atención integral en salud (crecimiento y desarrollo)
- Atención por psicología

Agradecemos la atención y su apoyo para realizar este evento

Atentamente

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente SAN- PIC
Telf. 3155231686

INFORME DE EJECUCION DE JORNADA DE SALUD

ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir.

ACTIVIDAD EJECUTADA

Realización de dos (2) jornadas de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en doscientos treinta y uno (231) niños y niñas del Centro de desarrollo infantil CDI Nevada pm los días 11 y 21 de octubre de 2024 en articulación y concertación con la profesional de apoyo al componente de salud y nutrición del CDI, la nutricionista Ysis Ramos Lupaca.

Durante la concertación para la realización de la actividad se acordó realizar dos (2) jornadas de salud debido a que la cantidad de niños y niñas a intervenir lo amerita, y que además realizarla en un solo día dificultaba el desarrollo de la jornada con satisfacción en sincronía con la ejecución de las actividades planeadas del CDI.

El 11 de octubre durante estas jornadas se prestaron los servicios de:

- Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, influenza para todas las edades.

- Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit. El total de niños y niñas valorados este día fue de 141.

El 21 de octubre se dio continuidad a la jornada realizando

- Valoración nutricional a los niños y niñas que no fueron intervenidos en la primera jornada. El total de niños y niñas valorados fue 90.

- Odontología en el cual se brindó orientación a los niños sobre higiene oral, se realizó aplicación de barniz de flúor y entrega de kit de salud oral.

Durante el desarrollo de las jornadas se realizó la toma de medidas antropométricas utilizando equipos de antropometría calibrados y cumpliendo con las especificaciones técnicas de la norma (resolución 2465 de 2016) a todos los niños y niñas menores de 5 años que fueron llegando a la jornada de salud, con el objetivo de identificar a los niños y niñas que presentaran malnutrición por déficit o por exceso de peso.
Estas mediciones se basaron en lo establecido por la Resolución 2465 del 2016, y la información recolectada fue consignada con claridad en el formato elaborado para registrar la información de la población intervenida. En este formato se registra la siguiente información:

- Nombre de la actividad
- Lugar de ejecución
- Fecha de ejecución

Información de los niños y niñas

1. Documento de identidad
2. Nombres y apellidos.
3. Sexo (Hombre- Mujer)
4. Fecha de nacimiento
5. EAPB a la que se encuentran afiliados;
6. Valoración antropométrica (peso en kg, la talla en cm y el perímetro braquial para el caso de los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda)
7. Finalmente se registra la clasificación antropométrica según los indicadores peso para la talla y talla para la edad y se consigna la necesidad de la canalización al servicio de salud a quién corresponda.

Adicionalmente aquellos niños y niñas que se encontraron fuera de los parámetros establecidos según el indicador antropométrico peso para la talla fueron canalizados a su respectiva EAPB para garantizar el seguimiento de estas intervenciones por parte del asegurador. En el caso de los niños y niñas en los que no se encontró ningún riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda, se le brindó claridades a la familia del resultado de las tomas de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual, así como, brindar educación alimentaria y nutricional en alimentación saludable relevante para la familia.

RESULTADOS

El total de la población intervenida fueron doscientos treinta y uno (231) niños y niñas menores de cinco años en los cuales se identificó la siguiente clasificación nutricional según el indicador trazador de acuerdo a resolución 2465 de 2016 - Peso para la talla:

Clasificación antropométrica	Cantidad de niños y niñas	Notificados a las EAPB
Peso adecuado para la talla	190	No
Desnutrición aguda moderada	0	-------
Desnutrición aguda severa	0	-------
Riesgo de desnutrición aguda	13	13
Riesgo de sobrepeso	26	No
Sobrepeso	1	1
Obesidad	1	1
TOTAL	**231**	**15**

En la tabla se puede observar que se no identificaron niños y niñas con desnutrición aguda. Se identificaron 13 niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda; 1 en sobrepeso y 1 en obesidad.

Todos los casos identificados con malnutrición fueron notificados a las respectivas EABP a las que se encuentran afiliados cada uno con remisión de copia a la secretaria de salud de Valledupar. Así mismo se solicitó mediante oficio al enlace en salud para el seguimiento de la desnutrición en el HEAD la inclusión de los niños y niñas en riesgo de desnutrición a la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida.

REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud CDI Nevada pm – 11 Octubre de 2024

















REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud CDI Nevada pm – 21 octubre 2024



ANEXOS
Evidencias fotográficas
Oficio de articulación de la actividad
Registro de información de los niños y niñas intervenidos
Reporte de niños y niñas canalizados a las EAPB

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024

Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM FECHA: 11 OCTUBRE 2024 RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perímetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1137730899	TULIO ESNEIDER POVEA PAEZ	Hombre	15/07/2020	CAJACOPI	15,5	101,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1235342552	ABRAHAM SANTIAGO ROSALES	Hombre	03/01/2021	CAJACOPI	15,9	101,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1235342558	DILAN JESUS RUAS SUAREZ	Hombre	25/01/2020	CAJACOPI	16,6	105		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1235342581	FABIAN ANDRES JARABA	Hombre	02/03/2021	CAJACOPI	16,5	99,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1235342913	THIAGO ANDRES SOLIS BELLO	Hombre	06/03/2021	CAJACOPI	14,8	99,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1235343229	CHELSEA VALENTINA MELENDEZ	Mujer	24/03/2022	CAJACOPI	13,8	89,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1241088875	DANY MISHELL PADILLA RUIZ	Mujer	10/08/2021	ASMET SALUD EPS S.A.S.	12,1	88		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
8	1067643989	WILMAR DARID CASTRILLON	Hombre	02/12/2021	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	12,6	89,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
9	1067644619	ISABELLA HINOJOSA GONZALES	Mujer	18/03/2022	CAJACOPI	11,6	85,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
10	1235342266	SHERELYN ANDREA MORALES	Mujer	10/03/2020	CAJACOPI	15,5	103		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1235342295	HANNER BLECK OCHOA RIOS	Hombre	08/09/2020	LA NUEVA EPS S.A.	14,8	94,6		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
12	1066898666	JUAN MATTIAS JULIO ARIZA	Hombre	11/11/2020	CAJACOPI	16	100,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1066898668	DEBRAINER DAVID PEREZ ARIAS	Hombre	09/11/2020	DUSAKAWI	15,9	97,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1066899667	THALIANNA SOFIA CONTRERAS	Mujer	03/04/2021	CAJACOPI	14	100		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1066900124	LIAN DAVID RAMOS CHINCHILLA	Hombre	08/07/2021	LA NUEVA EPS S.A.	14,5	93,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
16	1066901221	SEBASTIAN ANDRES FIGUEROA	Hombre	08/01/2022	CAJACOPI	15,1	92		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1137881648	MAGDIEL STICK PEREZ MEZA	Hombre	27/07/2020	CAJACOPI	13,9	96,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
18	1235342249	SEBASTIAN JOSE LEIVA JIMENEZ	Hombre	21/08/2020	CAJACOPI	14,3	98,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
19	1235342275	LAUREN LICETH QUINTERO	Mujer	29/08/2020	ASMET SALUD EPS S.A.S.	13,9	96,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
20	1235342296	NATSUMI YOHANA TORRES	Mujer	14/05/2020	LA NUEVA EPS S.A.	13,8	97,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 11 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perímetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1235342472	SALOME SOFIA ORTIZ GONZALEZ	Mujer	11/01/2021	CAJACOPI	13,8	96		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1235342557	GABRIELA VILLAR FERNANDEZ	Mujer	03/04/2020	EPS FAMISANAR S.A.S.	15,8	104,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1235342566	SARA LUNA MARTINEZ GRANADOS	Mujer	20/02/2021	CAJACOPI	12,9	91,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
4	1235342605	DEIVER DAVID HERNANDEZ MOZO	Hombre	05/04/2021	COOSALUD EPS S.A.	14,4	96,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1235342767	SANTIAGO ANDRES TONCEL	Hombre	08/07/2021	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	12,9	92,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
6	1235342934	DAILETH SOFIA SANTANA	Mujer	08/10/2021	CAJACOPI	14,8	91,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1235342939	CAMILO ANDRES FONTALVO	Hombre	08/01/2021	CAJACOPI	16	96,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
8	1235343017	JUAN JOSE RODRIGUEZ MARTINEZ	Hombre	10/12/2021	COOSALUD EPS S.A.	13,6	89,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
9	1235343040	ALEXANDER JOSE VILLAMIZAR	Hombre	01/01/2022	LA NUEVA EPS S.A.	12,5	89,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
10	1235343099	JOSE LUIS GARIZAO PARODY	Hombre	26/01/2022	EPS FAMISANAR S.A.S.	12,4	88,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
11	1235343397	ARANZA BARRIOS TORRES	Mujer	24/04/2022	ASMET SALUD EPS S.A.S.	15,8	89,7		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
12	1300420127	LUZ ADRIANA CAJAR BLANCO	Mujer	25/11/2021	COOSALUD EPS S.A.	10,9	87,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
13	1300420215	AXEL JAVIER BUSTOS ALVAREZ	Hombre	01/03/2022	ASMET SALUD EPS S.A.S.	13,9	90,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1137881886	ALONDRA LUCIA DE LA HOZ MONTERO	Mujer	19/12/2020	CAJACOPI	15,8	97,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1137882067	LUIS CARLOS MENDOZA DE AGUAS	Hombre	12/05/2021	DUSAKAWI	14,8	94,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
16	1065679801	JERVIS MANUEL MANJARREZ CORRALES	Hombre	16/02/2022	LA NUEVA EPS S.A.	11	84,3		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
17	1067640725	SALOME BRACHO CONRADO	Mujer	22/01/2020	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	15,3	104,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
18	1067640771	MARIA FERNANDA BUSTILLO GONZALEZ	Mujer	11/01/2020	CAJACOPI	19,4	104,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
19	1067641810	JOSELIN ESTHER CORTINA RUIZ	Mujer	02/09/2020	ASMET SALUD EPS S.A.S.	15,8	99		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
20	1067644656	JOSUE PEÑA ACUÑA	Hombre	12/04/2022	CAJACOPI	10,6	82,8		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 11 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066899554	GAEL ANDRES GUTIERREZ ARROYO	Hombre	26/02/2021	DUSAKAWI	13,7	91,3		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
2	1300421490	EMMA KATERINE BARRANCO PUCHE	Mujer	07/11/2021	CAJACOPI	13	89,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
3	1066900001	ARIADNA HIGALDO GALVIS	Mujer	05/07/2021	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.	15,4	96		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
4	6258262	JHASTAETH DAVID BERMUDEZ	Hombre	02/09/2020	NUEVA EPS S.A. CM	16,4	97,6		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
5	1066900130	ELIAS DANIEL TERRAZA	Hombre	18/03/2021	MUTUAL SER EPS	13,5	94,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
6	7040910	SAVIER FERNANDO MENDEZ	Hombre	11/10/2019	CAJACOPI	18,6	106,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	7041034	ALMA ROSA MENDEZ FUENMAYOR	Mujer	21/06/2021	CAJACOPI	12,8	89		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
8	7662759	MANUEL JOSE ACOSTA URDANETA	Hombre	05/01/2021	LA NUEVA EPS S.A.	14,5	94		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
9	1066900442	ELIAN JOSE BUELVAS SUAREZ	Hombre	06/08/2021	EPS FAMISANAR S.A.S.	14,6	93,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
10	1065675510	IVANNA DAILETH VELASQUEZ	Mujer	12/09/2020	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	15,7	100		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1065677505	ALI JOSE DURAN CASTILLO	Hombre	25/03/2021	LA NUEVA EPS S.A.	11,4	88	14.9	Riesgo de desnutrición aguda	Retraso en talla	X	
12	1065678504	ARIAINIS VALENTINA MARRUGO	Mujer	04/07/2020	CAJACOPI	13,2	96,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
13	1065678903	HEIDY CAROLINA ROSAS URBINA	Mujer	27/09/2020	CAJACOPI	13,9	96,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1066898063	AZURI CASIANI MOJICA	Mujer	20/06/2020	COOSALUD EPS S.A.	13,5	96		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
15	1066898206	DAHIANNA LUCIA BELEÑO USTARIZ	Mujer	19/06/2020	COOSALUD EPS S.A.	17,5	102,3		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
16	1066898867	CAMILO ANDRES AREIZA MEYER	Hombre	21/12/2020	COOSALUD EPS S.A.	15,1	95,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 11 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1137731507	JOSUE ALBERTO AVENDAÑO	Hombre	27/05/2021	MUTUAL SER	15,5	101,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1137731924	ANDERSON DAVID GUTIERREZ	Hombre	09/10/2021	LA NUEVA EPS S.A.	10,9	85,3		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
3	1137882633	SARA SOFIA CASTRO SAUCEDO	Mujer	05/01/2022	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	11	83,4		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
4	1152948895	JOSE ALEJANDRO FONTALVO	Hombre	09/07/2021	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	16,8	99		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
5	1137881200	ELIANIS MELETH CHAMORRO	Mujer	20/10/2019	CAJACOPI	18,2	112		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1137881533	EMILITH SOFIA MENDOZA DE AGUA	Mujer	11/03/2020	DUSAKAWI	20,3	108,7		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
7	1137881869	LUIS SEBASTIAN CARDONA GARCIA	Hombre	19/11/2020	CAJACOPI	14,7	100,9		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1137881935	ALEX DAVID VILLEGAS BECERRA	Hombre	16/02/2021	CAJACOPI	12,7	92,5		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
9	1137881936	ALEXANDRA LUCIA VILLEGAS	Mujer	16/02/2021	CAJACOPI	11,5	92,3	15.5	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
10	1137882205	EMMANUEL DAVID VIZCAINO	Hombre	28/06/2021	CAJACOPI	13,7	90,3		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
11	1137882238	SHEILA MICHELL VILLEGAS	Mujer	04/08/2021	LA NUEVA EPS S.A.	12,3	91,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
12	1137882536	ANA LUCIA JACOME RIVERA	Mujer	30/11/2021	COOSALUD EPS S.A.	10,9	86,1		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 11 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1235342784	ALEXMARY GUADALUPE ROMERO	Mujer	08/07/2021	CAJACOPI	13,2	90,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1235342810	YONAILIS BEATRIZ TORRES	Mujer	18/07/2021	LA NUEVA EPS S.A.	12,2	87		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
3	1235342849	JUANA VICTORIA DIAZ VARGAS	Mujer	27/08/2021	CAJACOPI	13,7	92,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1067642633	OSWALDO ANDRES CAÑATE ARIAS	Hombre	24/01/2021	COOSALUD EPS S.A.	11,8	91	16.1	Riesgo de desnutrición aguda	Retraso en talla	X	
5	1067642660	MARIA CELESTE PEDROZA	Mujer	19/02/2021	NUEVA EPS S.A. CM	12,5	93,6	16	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
6	1067642784	MARIA ANGEL NAVARRO ANDRADE	Mujer	23/03/2021	DUSAKAWI	14,2	95,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
7	1067643068	NATALIA NIEVES ORTEGA	Mujer	12/06/2021	CAJACOPI	13,4	89		Riesgo de sobrepeso	Retraso en talla		X
8	1067643472	VALENTINA ISABEL LOPEZ	Mujer	26/08/2021	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	14,7	92,4		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
9	1067644460	EVELYN SOFIA VICTOR LOPEZ	Mujer	05/03/2022	CAJACOPI	12,7	84		Riesgo de sobrepeso	Retraso en talla		X
10	1100631506	SAHILY KATALEYA ROMERO BETIN	Mujer	20/01/2021	CAJACOPI	17,5	101		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
11	1110607381	NAHOMY TAILETH PINZON MUÑOZ	Mujer	7/06/2020	LA NUEVA EPS S.A.	13,4	100,4	15.8	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
12	1137730817	AMBAR VICTORIA VENTURA	Mujer	06/08/2020	CAJACOPI	13,8	93,8		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
13	1137731032	LUCIANA SALOME BELEÑO	Mujer	03/12/2020	LA NUEVA EPS S.A.	14,8	98		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1137731456	PAUL ISAAC PADILLA GUERRA	Hombre	11/05/2021	CAJACOPI	14,3	98,9		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1137730380	ELIAS ALEJANDRO MANJARRES	Hombre	14/02/2020	COOSALUD EPS S.A.	19,9	113,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1137730480	IVAN ELIAS REVILLA FLORES	Hombre	16/03/2020	NUEVA EPS S.A. CM	14,3	101,3	15.6	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
17	1137730674	KENDIMAR VICTORIA PINO DIAZ	Mujer	04/09/2020	LA NUEVA EPS S.A.	16,3	99,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 11 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1235342304	KEINER ANDRES BELTRAN ROJAS	Hombre	17/09/2020	CAJACOPI	17,9	102,3		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
2	1235342370	MELETH SOFIA ARIAS GALVAN	Mujer	18/10/2020	COOSALUD EPS S.A.	13,9	98		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
3	1235342417	LUZ AYLIN BRUGES FONSECA	Mujer	16/11/2020	COOSALUD EPS S.A.	14,4	98		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1235342438	JHOHAN DAVID TOLEDO JIMENEZ	Hombre	15/11/2020	CAJACOPI	15	100,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1235342456	ISABELLA COLINA JIMENEZ	Mujer	16/10/2020	LA NUEVA EPS S.A.	14,2	98,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1235342474	HANNA SOFIA INDAVE ORTIZ	Mujer	08/01/2021	SANITAS	13,8	98,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1235342754	DYLAN ANDRES FUENTES	Hombre	02/05/2021	CAJACOPI	14	92		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
8	1066307668	SARA SOFIA CADENA VILLAREAL	Mujer	13/10/2021	CAJACOPI	14,3	96,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1137732045	JAVIER YESID BOLAÑO DE LA CRUZ	Hombre	16/03/2022	CAJACOPI	12	85,9		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
10	1137882028	GLEINNYS MICHELL VILLALOBOS	Mujer	07/04/2021	CAJACOPI	11,6	84,5		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
11	1137882129	ELANNIS JULIETTE BASTIDAS	Mujer	17/06/2021	CAJACOPI	10,9	84,4		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
12	1137882186	KEIVER ALEXANDER QUINTERO	Hombre	20/07/2021	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	12,1	87,2		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
13	1137882596	VALERIA SOFIA BUSTAMANTE	Mujer	16/12/2021	COOSALUD EPS S.A.	11,4	87,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1137882915	ELIANA SOFIA ANDRADES CHIRINOS	Mujer	09/05/2022	CAJACOPI	12,3	86,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1221988645	ANTHONELLA LOPEZ VILLAGAS	Mujer	04/10/2021	COOSALUD EPS S.A.	13,2	91,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1235342479	SIMON LOPEZ QUINTERO	Hombre	24/01/2021	LA NUEVA EPS S.A.	14,7	97,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1235342547	MARGEDIS SALOME CASTILLO	Mujer	28/02/2021	NUEVA EPS S.A. CM	17	103,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
18	1235342659	ANGEL DAVID VEGA POLO	Hombre	17/04/2021	COOSALUD EPS S.A.	13,9	95,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
19	1235342704	EMILIANA MUÑOZ CASTILLO	Mujer	31/05/2021	LA NUEVA EPS S.A.	13,6	91,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 11 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1235341902	YUSNEIDY PAOLA HERNANDEZ	Mujer	27/10/2019	ASMET SALUD EPS	17,5	104,3		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1235341923	SOL YARINETH BARON MANCO	Mujer	14/11/2019	MUTUAL SER EPS	19,1	103,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
3	1235342293	ORIANA SOFIA SIERRA AREVALO	Mujer	05/09/2020	EPS FAMISANAR S.A.S.	14,8	101,9		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1235342028	JHONEIVER SANTIAGO HERNANDEZ	Hombre	16/11/2019	LA NUEVA EPS S.A.	14	99,2		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
5	1235342032	MARIANGEL NA DURAN CASTILLO	Mujer	13/11/2019	LA NUEVA EPS S.A.	20,8	111,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1235342074	KIARA SOFIA TERAN SARMIENTO	Mujer	24/12/2019	COOSALUD EPS S.A.	14,3	103	15.8	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
7	1235342090	YORDAN ISAAC PADILLA OSORIO	Hombre	17/12/2019	CAJACOPI	17,6	109,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1235342097	BRAYAN DAVID VERGARA	Hombre	24/11/2019	CAJACOPI	13,9	97,2		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
9	1235342108	DAYAN MICHELL ROQUEME	Mujer	03/01/2020	CAJACOPI	15	99,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
10	1235342121	ADRIAN MANJARRES JIMENEZ	Hombre	27/12/2019	ASMET SALUD EPS S.A.S.	15,6	104,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1235342125	JUAN JOSE ZARATE MEJIA	Hombre	3/01/2020	CAJACOPI	14,4	102	16	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
12	1235342132	JONATHAN GAEL HINOJOSA	Hombre	14/11/2019	COOSALUD EPS S.A.	17,1	102,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
13	1235342135	SALOME CAROLINA PEDROZO	Mujer	20/01/2020	ASMET SALUD EPS S.A.S.	18,1	107,9		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1235342470	JOSIANNYS YAIRETH LOPEZ SULBARAN	Mujer	21/12/2020	LA NUEVA EPS S.A.	14,8	95		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
15	1235342161	ALEXANDER DE JESUS MARTINEZ	Hombre	16/01/2020	NUEVA EPS S.A. CM	15,9	96		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
16	1235342174	MAURICIO LASTRA ROJAS	Hombre	29/01/2020	MUTUAL SER	15	101,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
17	1235342196	JUAN DIEGO BETIN CUELLO	Hombre	14/01/2020	CAJACOPI	16	103		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
18	1235342200	DANIEL DAVID PEREZ RODRIGUEZ	Hombre	16/02/2020	COOSALUD EPS S.A.	18,2	102,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 11 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066900620	DOMINICA ISABELLA ROMERO	Mujer	22/09/2021	CAJACOPI	14,8	93,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1066900650	VICTORIA ELENA JULIO GOMEZ	Mujer	17/09/2021	CAJACOPI	12,8	94,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1066900863	LUIS ALEJANDRO MEDINA LERMA	Hombre	25/10/2021	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	13,7	92,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1066901513	LIZ DANNY MARTINEZ PAEZ	Mujer	19/02/2022	CAJACOPI	12,4	85		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
5	1066901615	SEBASTIAN REALES PAEZ	Hombre	12/03/2022	COOSALUD EPS S.A.	13,1	83,1		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
6	1066901736	EILYN SOFIA CARRILLO VILLAZON	Mujer	4/01/2022	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	12,3	85		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
7	1066902120	KILYAN ANDRES VICTOR CHARRIS	Hombre	28/04/2022	SANITAS	12,2	87,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
8	1066903117	CAMILO JOSE ROJAS ORTEGA	Hombre	12/01/2022	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	12,1	87,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
9	1067641630	CATTLEYA COT ARRIETA	Mujer	17/08/2020	CAJACOPI	17,5	103		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
10	1067642252	SAIRA SOFIA NAVARRO BARRIOS	Mujer	2/12/2020	CAJACOPI	12,9	92,7		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
11	1067642532	SANTIAGO GAMARRA NAVARRO	Hombre	15/01/2021	SANITAS	14,9	98,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
12	1067640419	ANA LUCIA VELASQUEZ VICTOR	Mujer	15/11/2019	CAJACOPI	16,5	101,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
13	1067640851	ANA LUCIA GONZALEZ BLANCO	Mujer	11/02/2020	COOSALUD EPS S.A.	17,6	108,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1067640915	SARAENITH YEPES ROSADO	Mujer	15/02/2020	MUTUAL SER EPS	13,4	98,4	15.6	Riesgo de desnutricion aguda	Riesgo de baja talla	X	
15	1067641071	MARIA PALENCIA DE HOYOS	Mujer	17/03/2020	COOSALUD EPS S.A.	15,7	100		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
16	1067641253	THIAGO ANDRES VICTOR CHARRIS	Hombre	30/04/2020	SANITAS	14,5	102,8	15.3	Riesgo de desnutricion aguda	Talla adecuada para la edad	X	
17	1067641263	MARIA PEÑALOZA MAESTRE	Mujer	10/04/2020	CAJACOPI	13,5	91,4		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
18	1067643241	CATALEYA SALCEDO ROMERO	Mujer	30/06/2021	CAJACOPI	12,1	89,1		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
19	1067643198	BREYNER JOSE LARIOS CARILLO	Hombre	05/07/2021	CAJACOPI	11,7	88,2		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 21 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066305933	ISABEL SOFIA MORALES PAEZ	Mujer	23/04/2020	LA NUEVA EPS	15,8	101,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1066307049	JHORMAN ANDRES MARIN CANTILLO	Hombre	25/04/2021	SALUD TOTAL	15,1	96,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1054097288	MAXIMILIANO NIÑO COGOLLO	Hombre	22/12/2021	LA NUEVA EPS	13,8	89,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
4	1065677471	KEVIN DAVID ALBORNOZ GOMEZ	Hombre	18/03/2021	CAJACOPI	12,5	92		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
5	1065677585	JHON LUIS COLINA LOPEZ	Hombre	30/03/2021	CAJACOPI	14,3	98,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1065677688	MATIAS JOSUE MENDOZA SALCEDO	Hombre	03/05/2021	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.A.	13,6	92,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
7	1065679498	SHADDAY ISABEL CORRALES	Mujer	30/11/2021	SANITAS	13,5	88,1		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
8	1066308114	EMILY DAIRETH CAREY CARRILLO	Mujer	16/01/2022	COOSALUD	12,4	90,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1066308479	GABRIEL JESUS ALEMAN	Hombre	15/04/2022	LA NUEVA EPS	15,9	88		Obesidad	Riesgo de baja talla	X	
10	1066896571	ISAAC DAVID NIEVES GUERRA	Hombre	12/11/2019	COOSALUD	19,1	106,9		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
11	1066896581	DAYANA MICHEL SANCHEZ PEREZ	Mujer	10/11/2019	SALUD TOTAL	15,2	103,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
12	1066897429	ELIAS DANIEL CELIS MENDOZA	Hombre	29/03/2020	CAJACOPI	15,1	102,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1066897562	BRIANNA ALEXANDRA GALVAN MEZA	Mujer	01/06/2020	DUSAKAWI	16,1	99,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1066897869	ANTONELLA SALAZAR HERAZO	Mujer	01/07/2020	CAJACOPI	14	96,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
15	1067642147	DEIKER ANDRES BARRANCO SOLANO	Hombre	04/11/2020	CAJACOPI	15,9	103,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1066898907	LUZ ELENA SANCHEZ PEREZ	Mujer	07/01/2021	CAJACOPI	14,4	99,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1067640379	DOMINICK ALESANDER MARTINEZ QUINTANILLA	Hombre	13/11/2019	COOSALUD	17,2	106,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
18	1067641372	EYLYN DAYANA OSPINO PEDROZA	Mujer	22/05/2020	ASMET SALUD	14,8	100		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
19	1066898587	LAYNES ALEXANDRA FERRARI CESPEDES	Mujer	13/11/2020	COOSALUD	11,8	92,8	16.1	Riesgo de desnutricion aguda	Retraso en talla	X	
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 21 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perímetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1300420295	RONAL ESMITH PACHECO LLERENA	Hombre	22/03/2022	CAJACOPI	11,7	84,1		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
2	1300420380	VALERY SOFIA ROMERO PEREZ	Mujer	26/03/2022	LA NUEVA EPS	12	83		Riesgo de sobrepeso	Retraso en talla		X
3	1035923615	LIAM DANIEL AGUDELO MORENO	Hombre	01/11/2020	LA NUEVA EPS	15	95		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
4	1047064878	SAMANTHA SOFIA MANDE MORA	Mujer	10/08/2020	MUTUAL SER EPS	14,6	100,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1049089888	CHISTINE SOFIA HERRERA	Mujer	12/10/2019	CAJACOPI	17,8	111,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1059992164	THIAGO DAVID MURILLO GARCES	Hombre	24/06/2020	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	15,2	102,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1062818537	ELKIN DAVID CONTRERAS RIVERA	Hombre	30/10/2020	DUSAKAWI	14,8	95,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
8	1065677192	KELLYS JHOANNA ORTIZ MADRID	Mujer	11/05/2020	SALUD TOTAL	17,5	110,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1065678707	ALANA ISABEL RODRIGUEZ	Mujer	05/10/2021	CAJACOPI	13,7	93		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
10	1065679318	GLAEMIS LUCIA TERRAZA LOZADA	Mujer	02/12/2021	COOSALUD	11,1	87,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
11	1065679484	FRANYELIS PAOLA ROJAS AÑEZ	Mujer	28/11/2021	CAJACOPI	12,7	89,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
12	1066003857	EMMANUEL DARIO HENAO ROMERIN	Hombre	20/01/2020	LA NUEVA EPS	15,8	105,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1066303718	MATTIAS MERCADO NAVARRO	Mujer	12/12/2019	FAMISANAR	16,6	101,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1066304028	SANDRITH MILENA PEREZ MAESTRE	Mujer	25/01/2020	FAMISANAR	17,3	104,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 21 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1235342926	ELIAN JOSE GUERRA SANTANA	Hombre	10/10/2021	LA NUEVA EPS	11,9	89		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1235342980	MILAN DAVID PEÑA MAESTRE	Hombre	17/09/2021	CAJACOPI	12,3	89,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
3	1235342985	ADRIAN ENRIQUE TORRES FERRER	Hombre	14/11/2021	CAJACOPI	11,5	87,2		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
4	1235343060	HENDRIS DAVID MOYA COLINA	Hombre	11/12/2021	COOSALUD EPS	14,1	90		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
5	1235343075	ADRIAN JESUS GUDIÑO MORALES	Hombre	16/01/2022	LA NUEVA EPS	13,1	89,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
6	1235343077	KIARA SOFIA ZUÑIGA RAMOS	Mujer	17/11/2021	DUSAKAWI	13,2	86,5		Riesgo de sobrepeso	Retraso en talla		X
7	1235343139	BRIAN JOSE VERGARA VILLEGAS	Hombre	02/03/2022	CAJACOPI	12	86,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
8	1235343162	VALERY SOFIA MORALES PAEZ	Mujer	09/03/2022	CAJACOPI	12,3	88,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1243738281	KEINIS JOHANA MAESTRE VALDEZ	Mujer	20/09/2021	CAJACOPI	12,1	91,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
10	1079691683	EMMA SOFIA SURMAY ROYERO	Mujer	17/12/2021	CAJACOPI	12,7	92,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1081841192	ANYELIS SOFIA ROPAIN PEREZ	Mujer	13/11/2020	CAJACOPI	11,2	87,2		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
12	1085233233	HANNA SOFIA TERRAZA MEJIA	Mujer	02/01/2022	MUTUAL SER EPS	12,5	90		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1120757887	JHOAN SEBASTIAN CARRILLO	Hombre	22/10/2020	COOSALUD	16,1	98,7		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
14	1137730538	EIDER DAVID PATERNINA GOMEZ	Hombre	02/06/2020	CAJACOPI	16,6	100,4		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
15	1137730769	JESUS DAVID BARRIOS DIAZ	Hombre	09/09/2020	CAJACOPI	14,8	99,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
16	1137731019	EYER ISAAC MONTERO MARQUEZ	Hombre	10/12/2020	DUSAKAWI	16,8	99		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
17	1066305922	EMANUEL DAVID CAMPO	Hombre	13/09/2020	CAJACOPI	16,3	103,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
18	1137882720	IAM JOEL GARCES GONZALEZ	Hombre	04/02/2022	CAJACOPI	12,6	91,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
19	1066304803	JOSUAR CABALLERO CAMARGO	Hombre	03/05/2020	LA NUEVA EPS	17,4	101,6		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 21 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1235342535	KEWIN JOSE CARRILLO DE AVILA	Hombre	22/12/2020	NUEVA EPS	15,8	99		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1235342563	YOSELIN DAYANA MORENO RUIZ	Mujer	25/02/2021	NUEVA EPS	12,8	97,5	14.3	Riesgo de desnutrición aguda	Talla adecuada para la edad	X	
3	1235342575	SARAY SOFIA DE ANGEL PEÑA	Mujer	31/01/2021	NUEVA EPS	16,1	99,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1235342630	MATEO STIVEN MIRANDA MIRANDA	Hombre	19/04/2021	CAJACOPI	17,8	101,9		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
5	1235342631	SAUL SANTIAGO MARTINEZ	Hombre	25/01/2021	CAJACOPI	14,7	97		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
6	1235342651	WLADIANNYS SARAIH YAJURE	Mujer	04/05/2021	NUEVA EPS	14	95		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1235342837	JAINI LISETH GUTIERREZ ZULETA	Mujer	03/02/2021	NUEVA EPS	14,4	100,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1235342912	MIA VICTORIA BELLO MOLERO	Mujer	13/10/2021	ASMET SALUD	13,9	92		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1235343315	LUISA FERNANDA ACOSTA MAYOR	Mujer	12/09/2020	CAJACOPI	11,7	93,1	15.1	Riesgo de desnutrición aguda	Retraso en talla	X	
10	1235343378	JEISIBEL SOFIA JIMENEZ DE ANGEL	Mujer	16/06/2022	CAJACOPI	12	83,5		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
11	1235343750	WILDER DE JESUS BOLAÑO	Hombre	04/03/2022	NUEVA EPS	14	90		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
12	1240291273	MILAGRO SOFIA ESPLUA BASTIDAS	Mujer	20/05/2020	CAJACOPI	19,2	105		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
13	1066900361	LUISA MARIA TAPIA CACERES	Mujer	24/08/2021	DUSAKAWI	15,1	93,5		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
14	1243738047	JOSUE ENRIQUE MONTERO CACERES	Hombre	26/05/2020	DUSAKAWI	15	98,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
15	1066899335	IAN DE JESUS MAESTRE RAPALINO	Hombre	26/03/2021	CAJACOPI	14,5	99,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1066899548	CRISTOFER SMITH CARRILLO	Hombre	11/10/2020	CAJACOPI	15	95,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
17	1066899612	MANUEL ENRIQUE DIAZ DIAZ	Hombre	18/04/2021	COOSALUD	12,6	91		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
18	1066899723	LAURA MARCELA LOPEZ ARIAS	Mujer	22/04/2021	SALUD TOTAL	14,5	92		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
19	1066900183	NEFFER NOE BERRIO CABALLERO	Hombre	24/07/2021	COOSALUD	14,6	98,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición:OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL NEVADA PM **FECHA: 21 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066305521	ALAN SANTIAGO ARAUJO	Hombre	19/04/2020	LA NUEVA EPS	15,3	103,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1066305633	THALIANIS MICHELL HERNANDEZ	Mujer	11/08/2020	CAJACOPI	15,6	102		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1066306501	JHOSEPH DAVID CAREY	Hombre	21/10/2020	CAJACOPI	15,5	104,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1066306817	AARON JOSE TORRES SUAREZ	Hombre	19/10/2020	LA NUEVA EPS	17,7	104,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1066307457	NEYMAR DAVID TORREZ	Hombre	11/08/2021	SANITAS	13,7	93,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1066307508	WALBERTO ANTONIO PALACIO	Hombre	11/09/2021	LA NUEVA EPS	13,3	91,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
7	1066307525	JUAN MANUEL SIERRA BELEÑO	Hombre	13/09/2021	COOSALUD	13,3	91,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
8	1066307528	LUISA FERNANDA PEREZ MAESTRE	Mujer	29/08/2021	FAMISANAR	15,9	94,5		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
9	1066303766	JHONNY JOSE MENDOZA	Hombre	20/12/2019	CAJACOPI	17,2	107,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
10	1066896461	THIAGO RAFAELA MARTINEZ	Hombre	17/10/2019	CAJACOPI	16,3	103,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
11	1066896610	ISABEL SOFIA LOBO SANCHEZ	Mujer	02/11/2019	CAJACOPI	16,1	107,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
12	1137731787	DANNA ISABELLA LOPEZ	Mujer	18/11/2021	CAJACOPI	13,6	91		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1137881941	ANDRES KAMILO HERNANDEZ	Hombre	21/02/2021	CAJACOPI	14,5	98,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1066305700	ALAC DAVID ARCIA	Hombre	14/06/2020	CAJACOPI	15,1	96,3		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
15	1235342329	ELEN VIVIANA RAMIREZ	Mujer	22/10/2020	CAJACOPI	15,4	101,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1065679631	BLEYKER DAVID BOLAÑO	Hombre	02/02/2022	CAJACOPI	14,5	88,7		Riesgo de sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
17	1065679998	AMARILIZ JOANA AVILA	Mujer	24/01/2022	MUTUAL SER	12,3	88		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
18	1066303584	EMANUEL ANDRES MENDOZA	Hombre	28/10/2019	ASMET SALUD	14,5	97,1		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
19	1066898808	EMANUEL JESUS CANTILLO PADILLA	Hombre	1/12/2020	CAJACOPI	13.9	101.6	15.8	Riesgo de desnutrición aguda	Talla adecuada para la edad	X	
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: OLGA YESENIA DIAZ CELEDON

INFORME DE EJECUCION DE JORNADA DE SALUD

ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir.

ACTIVIDAD EJECUTADA

Realización de una (1) jornada de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en treinta y cinco (35) niños y niñas del barrio Candelaria Sur en la comuna 2 realizada en el parque principal del barrio en la calle 21 Bis con carrera 4F el día 18 de octubre de 2024 en articulación con la oficina de gestión social y secretaria de salud en el marco del desarrollo de las jornadas de salud integral ***"Valledupar te cuida"***

Para el desarrollo de la jornada de salud se realizó la formalización y la articulación con los actores involucrados, informando de la actividad a realizar.
Durante esta jornada de salud se prestaron los servicios de:

- Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit.
- Educación alimentaria y nutricional a través de la entrega de material informativo sobre alimentación saludable para la etapa de crecimiento y desarrollo en la primera infancia.
- Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, toxoide para mujeres en edad fértil de 10 a 49 años; DPT para mujeres embarazadas desde las 26 semanas de gestación, VPH para niños y niñas desde los 9 a 17 años; influenza para todas las edades.
- Odontología en el cual se brindó atención de higiene oral y aplicación de barniz de flúor a niños y niñas.
- Medicina general brindando atención a los niños y niñas identificados en riesgo de desnutrición aguda y a población general con alguna alteración en su estado de salud.
- Tamizaje de riesgo cardiovascular dirigido a población adulta mayor
- Desparasitación con albendazol
- Inscripción en el SISBEN
- Afiliación al sistema general de seguridad social en salud
- Donación de sangre

- Vacunación de perros y gatos

- Actividades artísticas y recreativas dirigidas por el ejército nacional.

Durante el desarrollo de la jornada se realizó la toma de medidas antropométricas utilizando equipos de antropometría calibrados y cumpliendo con las especificaciones técnicas de la norma (resolución 2465 de 2016) a todos los niños y niñas menores de 5 años que fueron llegando a la jornada de salud, con el objetivo de identificar a los niños y niñas que presentaran malnutrición por déficit o por exceso de peso.
Estas mediciones se basaron en lo establecido por la Resolución 2465 del 2016, y la información recolectada fue consignada con claridad en el formato elaborado para registrar la información de la población intervenida. En este formato se registra la siguiente información:

- Nombre de la actividad
- Lugar de ejecución
- Fecha de ejecución

Información de los niños y niñas

1. Documento de identidad
2. Nombres y apellidos.
3. Sexo (Hombre- Mujer)
4. Fecha de nacimiento
5. EAPB a la que se encuentran afiliados;
6. Valoración antropométrica (peso en kg, la talla en cm y el perímetro braquial para el caso de los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda)
7. Finalmente se registra la clasificación antropométrica según los indicadores peso para la talla y talla para la edad y se consigna la necesidad de la canalización al servicio de salud a quién corresponda.

Adicionalmente aquellos niños y niñas que se encontraron fuera de los parámetros establecidos según el indicador antropométrico peso para la talla fueron canalizados a su respectiva EAPB para garantizar el seguimiento de estas intervenciones por parte del asegurador. En el caso de los niños y niñas en los que no se encontró ningún riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda, se le brindó claridades a la familia del resultado de las tomas de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual, así como, brindar educación alimentaria y nutricional en alimentación saludable relevante para la familia, información entregada a través de un folleto en el cual se incluyó la siguiente información:

Alimentación saludable: el mejor inicio para tus hijos

De 0 a 6 meses: Lactancia materna exclusiva

- La leche materna es el alimento ideal: contiene todos los nutrientes necesarios.
- Ofrecerla a libre demanda, tanto de día como de noche.
- Beneficios: fortalece el sistema inmune, promueve el vínculo madre-hijo y reduce el riesgo de enfermedades.

De 6 a 12 meses: Inicio de la alimentación complementaria

- Introducir alimentos sólidos a partir de los 6 meses, sin abandonar la lactancia.
- Comenzar con papillas o purés de frutas, verduras, cereales y proteínas en pequeñas porciones.
- Alimentos recomendados: plátano, papaya, zanahoria, calabaza, pollo, yema de huevo.
- Evitar: sal, azúcar, miel y alimentos procesados.

De 1 a 2 años: Transición a la mesa familiar

- Ofrecer alimentos variados y texturas progresivas: picados, trozos pequeños.
- Asegurar tres comidas principales y dos meriendas saludables al día.
- Incluir grupos básicos: cereales, proteínas, frutas, verduras y grasas saludables.
- Evitar bebidas azucaradas y snacks ultraprocesados.

De 2 a 5 años: Hábitos alimenticios saludables

- Promover el consumo de frutas y verduras diariamente.
- Limitar los dulces, frituras y productos procesados.
- Hacer que las comidas sean un momento agradable, en familia y sin distracciones.
- Ofrecer agua como bebida principal.

Recomendaciones

0-6 meses
- Leche materna exclusiva a libre demanda, de día y de noche.

6-8 meses
- Frutas: plátano, papaya, manzana, pera, mango. Ofrecer en purés suaves o triturados.
- Verduras: zanahoria, calabacín, papa, auyama, brócoli. - Hervir, asar o cocinar al vapor, sin sal.
- Cereales: arroz, avena, maíz (en papillas o crema). - Introducir uno a la vez, para observar posibles reacciones alérgicas.
- Proteínas: pollo, pescado blanco, yema de huevo. - Hervir o asar bien, y triturar.
- Grasas saludables: aguacate, aceite de oliva. - Ofrecer en pequeñas cantidades.

9 a 12 meses
- Frutas y verduras de todas las variedades. - Ofrecer trozos pequeños, para que el bebé las tome con la mano (bajo supervisión).
- Leguminosas: lentejas, frijoles (bien cocidos y triturados). - Introducir en purés o mezclados con cereales.
- Proteínas: huevo, carne de res o cerdo magra, pescado azul (sardinas). - Cocinar bien y ofrecer en trozos pequeños o desmenuzados.
- Yogur natural sin azúcar.

1 a 2 años
- Frutas y verduras frescas y variadas. - Fomentar el consumo diario (mínimo 5 porciones).
- Cereales integrales: arroz, quinua, pasta. - Evitar arroz frito o con grasas.
- Proteínas: huevo entero, carnes magras, pescado, queso fresco. - Ofrecer trozos que puedan masticar; moderar el consumo de queso por el sodio.
- Leguminosas: garbanzos, lentejas, frijoles. -Ofrecer como guisos o mezclados con arroz.

2 a 5 años
- Frutas y verduras de todos los colores: Hacer platos atractivos: crear formas con los alimentos (caras, animales, etc.).
- Proteínas: pollo, pescado, huevo, carne magra, queso bajo en sal.

Consejos

Higiene: Lava bien las manos y los utensilios antes de preparar los alimentos.

Desinfecta frutas y verduras antes de ofrecérselas al niño.

Texturas: Adapta las texturas según la edad. Comienza con alimentos triturados y suaves, y avanza hacia trozos más grandes a medida que el niño desarrolla habilidades de masticación.

Variedad: Introduce un alimento nuevo a la vez y observa posibles reacciones alérgicas. Si el niño rechaza un alimento, inténtalo nuevamente días después, con otra preparación.

Hidratación: Ofrece agua potable y evita jugos, especialmente los industrializados. El agua debe ser la bebida principal.

RESULTADOS

El total de la población intervenida fueron treinta y cinco (35) niños y niñas menores de cinco años en los cuales se identificó la siguiente clasificación nutricional según el indicador trazador de acuerdo a resolución 2465 de 2016 - Peso para la talla:

Clasificación antropométrica	Cantidad de niños y niñas	Notificados a las EAPB
Peso adecuado para la talla	29	No
Desnutrición aguda moderada	0	-------
Desnutrición aguda severa	0	-------
Riesgo de desnutrición aguda	2	2
Riesgo de sobrepeso	3	No
Sobrepeso	0	-------
Obesidad	1	1
TOTAL	**35**	**3**

Posterior a la identificación de los niños y niñas con malnutrición se realizó la notificación a las respectivas EABP a las que se encuentran afiliados cada uno y remisión de copia a la secretaria de salud de Valledupar.

REGISTRO FOTOGRAFICO

Jornada de salud integral- Barrio Candelaria sur – 18 Octubre de 2024













REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud Barrio Candelaria Sur – 18 octubre 2024

















ANEXOS

Evidencias fotográficas
Folleto de educación alimentaria y nutricional
Registro de información de los niños y niñas intervenidos
Reporte de niños y niñas canalizados a las EAPB

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024

Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación de Factores de riesgo nutricional a 1200 niños segun resolución 2965 de 2016, Resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: Barrio Candelaria Sur. FECHA: 18 octubre RESPONSABLES: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC HEAD.

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066310926	Maña Alvarez perez	Mujer	17/08/2024	Nueva eps	5.2	55		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
2	1065924999	Yulian Alvarez perez	Hombre	12/10/2020	Nueva Eps	17	109.3		Adecuado	Adecuada		✓
3	1066899378	Jedidiah correa M.	Mujer	29/03/2021	Nueva EPS	14.1	94		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
4	1300420724	Antonella Rojas L.	Mujer	21/03/2022	Famisanar	9.8	85.8	14.5	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
5	1066307848	Angel Andres Bustamante	Hombre	1/11/2021	Nueva EPS	13.7	92.7		Adecuado	Adecuada		✓
6	1065678651	Afranio Bastidas A.	Hombre	24/8/2021	coosalud	13.9	98		Adecuado	Adecuada		✓
7	1066308545	Dehybiz Garcia M.	Hombre	29/04/22	Asmetsalud	10.6	83		Adecuado	Retraso en talla		✓
8	10721960	Auranyelis Del Toro	Mujer	10/8/2022	Extranjera	10.5	83		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
9	1065680165	Emmanuel Acosta C	Hombre	20/8/2022	Cajacopi	11.8	86		Adecuado	Retraso en talla		✓
10	1066 306406	Miloz Victoria Lopez R.	Mujer	24/10/2020	Nueva EPS	12.7	96.5	15.3	Riesgo DNT aguda	Riesgo baja talla	✓	
11	1066308392	Luz Celeste Lopez	Mujer	25/02/2022	Nueva Eps	12.4	87.1		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
12	1137734209	Ashlyn Quintero Vera	Mujer	17/07/2024	Nueva EPS	5.8	57.5		Riesgo sobrepeso	Riesgo baja talla		✓
13	1066601225	Sheilan Barrera	Mujer	3/12/2021	coosalud	12.1	90.2		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
14	106690483	Dana Martinez orozco	Mujer	17/02/2024	coosalud	8.8	68		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
15	1066897876	Genesis Torres Beltran	Mujer	01/07/2021	cajacopi	15.6	98.4		Adecuado	Adecuada		✓
16	1300421904	Yadiel Rueda Lopez	Hombre	04/01/2023	Mutual ser	11.7	85.2		obesidad	Retraso en talla	✓	
17	1066902965	Eilen Zamora Martinez	Mujer	04/11/2022	Cajacopi	13	86.1		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
18	1137731869	Maña Celeste Gonzalez	Mujer	06/04/2022	Cajacopi	11.8	86.5		Adecuado	Adecuada		✓
19	1067644535	Christopher Mercado A.	Hombre	21/03/2022	Salud Total	13.6	91.5		Adecuado	Adecuada		✓
20	1067645803	Julian Rodriguez M.	Hombre	11/07/2023	Salud Total	11.4	81.7		Adecuado	Adecuada		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Celedon. Nutricionista Dietista.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños Según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018

LUGAR: Barrio Bandolaria Sur FECHA: 18 Octubre 2024 RESPONSABLES: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC HEAD.

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1067646222	Miguel Angel Lago Espino	Hombre	16/05/2023	Cajacopi	10.7	77.3		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
2	1066310393	Mia Celeste Amaris Romero	Mujer	30/12/2023	Salud Total	7.3	66.3		Adecuado	Adecuada		✓
3	1067645859	Sara Castilla Pinogasa	Mujer	24/01/2023	Nueva EPS	9.8	78.4		Adecuado	Adecuada		✓
4	1066903385	Samantha Duran Ariza	Mujer	12/02/2023	Coosalud	10.5	81.2		Adecuado	Adecuada		✓
5	1067647269	Luis Angel Gil Navarro	Hombre	07/04/2024	Cajacopi	6.7	64.1		Riesgo talla baja	Adecuado P/T		✓
6	1081005732	Yermilis Andrades G.	Mujer	15/11/2022	Cajacopi	8.9	79.9		Adecuado	Retraso en talla		✓
7	1137883233	Elam David Mendoza	Hombre	09/08/22	Coosalud	11	86.3		Adecuado	Adecuada		✓
8	1235344211	Hansel Castro Miranda	Hombre	08/01/2024	Sanitas	7.1	64		Adecuado	Retraso en talla		✓
9	1300420364	Jesus Castro Miranda	Hombre	05/04/2022	Sanitas	13.2	87.1		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
10	1066904443	Renzo Omar Jaimes S.	Hombre	11/11/2023	Sanitas	8.9	71		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
11	1137883812	Maximiliano Echarez	Hombre	26/03/2023	Cajacopi	11.7	78.5		Riesgo Sobrepeso	Riesgo talla baja		✓
12	1300421408	Ana Victoria Martinez A.	Mujer	08/01/2023	Cajacopi	10.2	78.1		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
13	1300422334	Nixon Hurtado Moscote	Hombre	04/09/2023	Sanitas	11.7	78		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
14	1300422347	Dania Pertuz Cordero	Mujer	19/09/2023	Sanitas	9.4	72.4		Adecuado	Adecuada		✓
15	1066903684	Martina Melo Dangond	Mujer	10/01/2023	Coosalud	11.4	76.8		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Cotes - Nutricionista Dietista

INFORME DE EJECUCION DE JORNADA DE SALUD

ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir.

ACTIVIDAD EJECUTADA

Realización de dos (2) jornadas de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en doscientos sesenta y seis (266) niños y niñas del Centro de desarrollo infantil CDI Paisaje de sol los días 23 y 24 de octubre de 2024 en articulación y concertación con la profesional de apoyo al componente de salud y nutrición del CDI, la nutricionista Noribeth Serrano Cárcamo.

Por la cantidad de niños y niñas a intervenir, fue necesario realizar las jornadas en 2 días consecutivos por solicitud de los representantes del centro ya que en un día dificultaba el desarrollo de la jornada con satisfacción en sincronía con la ejecución de las actividades planeadas del CDI durante esos días.

El 23 de octubre durante esta jornada se prestaron los servicios de:

- Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, influenza para todas las edades.

- Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit.

- Odontología en el cual se brindó aplicación de barniz de flúor.

  El total de población intervenida con valoración nutricional en esta jornada de salud fue de 149 niños y niñas.

El 24 de octubre se dio continuidad a la jornada prestando los servicios de:

- Valoración nutricional
- Desparasitación

El total de población intervenida con valoración nutricional en esta jornada de salud fue de 117 niños y niñas.

Durante el desarrollo de las jornadas se realizó la toma de medidas antropométricas utilizando equipos de antropometría calibrados y cumpliendo con las especificaciones técnicas de la norma (resolución 2465 de 2016) a todos los niños y niñas menores de 5 años que fueron llegando a la jornada de salud, con el objetivo de identificar a los niños y niñas que presentaran malnutrición por déficit o por exceso de peso.
Estas mediciones se basaron en lo establecido por la Resolución 2465 del 2016, y la información recolectada fue consignada con claridad en el formato elaborado para registrar la información de la población intervenida. En este formato se registra la siguiente información:

- Nombre de la actividad
- Lugar de ejecución
- Fecha de ejecución

Información de los niños y niñas

1. Documento de identidad
2. Nombres y apellidos.
3. Sexo (Hombre- Mujer)
4. Fecha de nacimiento
5. EAPB a la que se encuentran afiliados;
6. Valoración antropométrica (peso en kg, la talla en cm y el perímetro braquial para el caso de los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda)
7. Finalmente se registra la clasificación antropométrica según los indicadores peso para la talla y talla para la edad y se consigna la necesidad de la canalización al servicio de salud a quién corresponda.

Adicionalmente aquellos niños y niñas que se encontraron fuera de los parámetros establecidos según el indicador antropométrico peso para la talla fueron canalizados a su respectiva EAPB para garantizar el seguimiento de estas intervenciones por parte del asegurador. En el caso de los niños y niñas en los que no se encontró ningún riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda, se le brindó claridades a la familia del resultado de las tomas de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual, así como, brindar educación alimentaria y nutricional en alimentación saludable relevante para la familia.

Durante la jornada del 23 de octubre se contó con el apoyo de la pediatra y la nutricionista de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional de la secretaria de salud municipal quienes brindaron su apoyo en la valoración nutricional de los niños y niñas.

RESULTADOS

El total de la población intervenida fueron doscientos sesenta y seis (266) niños y niñas menores de cinco años en los cuales se identificó la siguiente clasificación nutricional según el indicador trazador de acuerdo a resolución 2465 de 2016 - Peso para la talla:

Clasificación antropométrica	Cantidad de niños y niñas	Notificados a las EAPB
Peso adecuado para la talla	203	No
Desnutrición aguda moderada	1	1
Desnutrición aguda severa	0	-------
Riesgo de desnutrición aguda	12	12
Riesgo de sobrepeso	40	No
Sobrepeso	10	10
Obesidad	0	-------
TOTAL	**266**	**33**

En la tabla se puede observar que se identificó un (1) caso de desnutrición aguda moderada, el cual se trata de una niña de 4 años 8 meses de edad afiliada a la EAPB sanitas, donde recibe tratamiento y seguimiento médico especializado con endocrinología, gastroenterología y neumología por presunta desnutrición secundaria a patología de base en estudio. La niña fue identificada con desnutrición aguda moderada desde el mes de marzo durante el seguimiento nutricional que realiza la profesional de apoyo al componente

de salud y nutrición en el CDI, por lo cual la nutricionista encargada activó la ruta de atención en salud, donde instauran tratamiento médico nutricional ambulatorio según lo establece la resolución 2350 de 2020 pero sin evidencia de recuperación. Actualmente el manejo para la recuperación nutricional de la niña ha requerido estudios especializados para determinar la etiología de la desnutrición.

En la valoración física, se observa delgadez y retraso en la talla, no hay presencia de edema, su perímetro braquial se encuentra dentro del parámetro normal; piel hidratada, cabello abundante, con brillo, hidratado y bien implantado, ligera palidez generalizada. Respecto a su desarrollo social se muestra sociable, es activa, sonríe y responde al juego espontáneamente y se relaciona con los adultos y otros niños de manera fácil.

La tabla muestra también que se identificaron 12 niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda. Todos estos casos identificados con malnutrición fueron notificados a las respectivas EABP a las que se encuentran afiliados cada uno con remisión de copia a la secretaria de salud de Valledupar. Así mismo se solicitó mediante oficio al enlace en salud para el seguimiento de la desnutrición en el HEAD la inclusión de estos niños a la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida.

REGISTRO FOTOGRAFICO

Jornada de salud CDI Paisaje de sol – 23 Octubre de 2024













REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud CDI paisaje de sol – 23 octubre 2024













REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud CDI paisaje de sol 23 Octubre 2024





REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud CDI paisaje de sol 24 Octubre 2024









REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud CDI Paisaje de Sol – 24 Octubre 2024





ANEXOS

Evidencias fotográficas
Oficio de articulación de la actividad
Registro de información de los niños y niñas intervenidos
Reporte de niños y niñas canalizados a las EAPB
Respuesta de remisión del HEAD

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024

Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 23 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1128330713	ROGER DAVID RAMIREZ	Hombre	06/10/2020	COOSALUD EPS	15,3	98,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1128330714	RONAL DAVID RAMIREZ	Hombre	06/10/2020	COOSALUD EPS	15,1	96,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
3	1066304201	ALIANYS ROJAS PEÑA	Mujer	11/02/2020	SANITAS	11,6	97,7	15.2	Desnutricion Aguda Moderada	Retraso en talla	X	
4	1235342364	DEIXER JESUS JIMENEZ	Hombre	20/10/2020	CAJACOPI	13	98,8	16.1	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
5	1137882621	MATHIUS ANDRES TORRES	Hombre	27/12/2021	COOSALUD EPS	12,1	87,9		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
6	1065678272	ADRIANA MARCELA RODRIGUEZ	Mujer	9/08/2021	LA NUEVA EPS	13,8	100	14.7	Riesgo de desnutrición aguda	Talla adecuada para la edad	X	
7	1065679332	EDITH JOHANA DE LA HOZ	Mujer	29/12/2021	CAJACOPI	10,7	84,8		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
8	1065680256	DYLAN DANIEL JIMENEZ	Hombre	05/08/2022	SALUD TOTAL	12,7	86		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1065680701	JOSE DAVID MENDOZA	Hombre	06/10/2022	EPS FAMISANAR	13,1	87		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
10	1066305410	MARIA CELESTE PEREZ	Mujer	28/07/2020	DUSAKAWI	16,2	101,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1119896017	SANTIAGO ALEJANDRO FLORIAN	Hombre	08/11/2020	ASMET SALUD	16,9	104,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
12	1120757760	LIAM ANDRES ORTIZ	Hombre	12/11/2020	CAJACOPI	13	92		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
13	1137730595	DANNA SOFIA VILLA	Mujer	7/07/2020	CAJACOPI	13	99,9	15.7	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
14	1137731028	LEIDYSMAR VALENTINA LOPEZ	Mujer	11/11/2020	LA NUEVA EPS	16,3	96,9		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
15	1137731234	ANA LUCIA GALVIS	Mujer	02/03/2021	CAJACOPI	14,5	92,3		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
16	1137881697	DARIANIS SOFIA ALVAREZ	Mujer	30/08/2020	CAJACOPI	16	95,5		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
17	1137881804	DAVID LUIS CASTILLO	Hombre	20/11/2020	CAJACOPI	14,8	101,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
18	1137881821	ANDREA MICHEL MARTINEZ	Mujer	01/12/2020	CAJACOPI	15,6	98		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
19	1137882068	AISHLYNN CELESTE ORTEGA	Mujer	10/05/2021	SALUD TOTAL	13,6	100,8	14.9	Riesgo de desnutrición aguda	Talla adecuada para la edad	X	
20	1010849109	DAVID SANTIAGO PALACIO	Hombre	13/06/2020	LA NUEVA EPS	15,4	99		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Calderon- nutricionista auditora.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 23 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perímetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066308030	IAN DAVID CASTILLO	Hombre	01/01/2022	LA NUEVA EPS	14,6	97		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1066308464	ARIADNA SOFIA LUGO	Mujer	20/12/2021	SALUD TOTAL	13	93,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1066308783	RAFAEL ANGEL FLOREZ	Hombre	10/06/2022	LA NUEVA EPS	12	86		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
4	1066308961	GABRIEL SANTIAGO MORENO	Hombre	29/08/2022	SANITAS	14	90		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
5	1066309147	JACOBO VARGAS	Hombre	10/08/2022	SALUD TOTAL	11,3	80,9		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
6	1066309348	ANA MARIA SILVA	Mujer	17/12/2022	EPS FAMISANAR	11	80		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
7	1067642783	NATHAN NAEL MORA	Hombre	29/03/2021	SALUD TOTAL	13,8	92,9		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
8	1067643085	DANNA LUCIA DE AGUAS	Mujer	12/06/2021	SALUD TOTAL	14,6	93,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1067643180	ANTONELLA TOVAR	Mujer	02/07/2021	CAJACOPI	15,7	93,8		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
10	1067643501	KIARA ISABEL MENDOZA	Mujer	05/09/2021	LA NUEVA EPS	13,6	97		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1067643518	MARIA DELFINA DIAZ	Mujer	23/09/2021	LA NUEVA EPS	14,8	95,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
12	1067643867	JULIANA ALEJANDRA BARRIGA	Mujer	29/10/2021	CAJACOPI	17	95		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
13	1067644145	JOSUE SAMUEL MONSALVO	Hombre	30/12/2021	SALUD TOTAL	13,4	91,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1067644818	MILAGROS GRICE	Mujer	20/05/2022	SALUD TOTAL	9,4	79,8		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
15	1067645025	JUAN MANUEL SOTO	Hombre	14/06/2022	LA NUEVA EPS	15,1	92,1		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
16	1067645100	ANTONELLA MISHELL RAMOS	Mujer	22/07/2022	SALUD TOTAL	12,6	85,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1067645275	ANDREA VICTORIA MONTERO	Mujer	26/08/2022	COOSALUD EPS	9,7	80,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
18	1067645635	EREN GAEL ESTRADA	Hombre	21/11/2022	SALUD TOTAL	12,3	87		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
19	1066897762	MAXIMILIANO FERNANDEZ	Hombre	26/06/2020	CAJACOPI	14,5	99		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
20	1066897822	JERONIMO SILVA	Hombre	06/07/2020	EPS FAMISANAR	15	97,3		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yocelin Diaz collazos - nutricionista auditor

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 23 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066898203	SARA LUCIA CARRILLO	Mujer	06/08/2020	SALUD TOTAL	18	106,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1066898236	ABDYELL GONZALES	Hombre	22/08/2020	CAJACOPI	17	104,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1066898244	MATHIAS DAVID PEREA	Hombre	17/08/2020	SALUD TOTAL	14,5	99,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
4	1066898476	LUIAN ANDRES ROYERO	Hombre	31/10/2020	LA NUEVA EPS	12,5	92,3		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
5	1066898502	LEIDITH MILENA FONSECA	Mujer	06/11/2020	CAJACOPI	14,5	93,4		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
6	1066898557	JONNEIKER VASQUEZ	Hombre	26/10/2020	COOSALUD EPS	15,4	95,3		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
7	1066898623	ALEJANDRO RODRIGUEZ	Hombre	30/11/2020	COOSALUD EPS	16,5	102		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1066898814	ELIAM JOSE ARRIETA	Hombre	06/01/2021	SALUD TOTAL	17,5	105		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1066898839	KATTY YULIETH BONILLA	Mujer	16/11/2020	EPS FAMISANAR	13,8	99		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
10	1066899072	BRISNEY PAOLA LOPEZ	Mujer	08/02/2021	SALUD TOTAL	12,8	89,6		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
11	1066899143	MIKAEL JASETH BAYONA	Hombre	05/02/2021	COOSALUD EPS	14,6	93		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
12	1066899258	ADRIANA LUCIA NOVOA	Mujer	21/02/2021	CAJACOPI	14,9	98,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1066899374	EMILIANO GARCIA	Hombre	24/03/2021	COOSALUD EPS	16,5	100		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1066899434	THIAGO JOSEPH DURAN	Hombre	03/04/2021	COOSALUD EPS	15,8	100,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1066899904	ABIGAIL SOPHIA PUERTA	Mujer	18/06/2021	CAJACOPI	15,5	96,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1066900317	AITANNA SCARLETH FREYLE	Mujer	26/07/2021	COOSALUD EPS	14,2	96,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1067641436	GABRIEL DAVID SIERRA	Hombre	29/06/2020	SANITAS	15,6	102,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
18	1067641472	GABRIEL ANDRES MORENO	Hombre	04/07/2020	SALUD TOTAL	19	105		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
19	1067641535	NICOLAS ANDRES JARABA	Hombre	12/07/2020	DUSAKAWI	14,8	101,9		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
20	1067641678	SHAROLL SOFIA PALLARES	Mujer	28/08/2020	COOSALUD EPS	18	99,9		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Díaz Celedón - Nutricionista Dietista

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 23 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1067641708	KEYLER YESID CESPEDES	Hombre	25/08/2020	CAJACOPI	17	104		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1067641719	SAMUEL DAVID MELO	Hombre	01/09/2020	CAJACOPI	14,4	97,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
3	1067641735	SANTIAGO OCHOA	Hombre	13/08/2020	CAJACOPI	15,6	100,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1235342247	MOISES ISAIAS GUERRERO	Hombre	08/09/2020	LA NUEVA EPS	15	99,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
5	1235342258	SAMIR JOSE CADENA	Hombre	07/09/2020	SALUD TOTAL	15	103,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1235342362	JESUS MANUEL ACUÑA	Hombre	05/09/2020	SALUD TOTAL	15,8	101		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1235342363	IAN MIGUEL GONZALEZ	Hombre	05/10/2020	LA NUEVA EPS	15,5	101		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1235342424	BRIHANNYS YULIETH ARROYO	Mujer	03/12/2020	CAJACOPI	15,9	99,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1235342459	YAIRA SOFIA CARPIO	Mujer	15/01/2021	CAJACOPI	13,5	92		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
10	1235342482	DAMIAN CARVAJAL	Hombre	04/01/2021	CAJACOPI	14,8	95,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
11	1235342492	HECTOR JULIAN OROZCO	Hombre	30/01/2021	ASMET SALUD	15	98,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
12	1235342531	JHAN PIERR ORTIZ	Hombre	04/03/2021	CAJACOPI	18,5	98,3		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
13	1235342545	EZEQUIEL HURTADO	Hombre	08/02/2021	COOSALUD EPS	15	95,3		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1235342613	NAHOMY SOFIA RINCONES	Mujer	29/03/2021	COOSALUD EPS	15,2	97,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1235342614	LUCIANA SARMIENTO	Mujer	06/04/2021	CAJACOPI	19,1	101,7		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
16	1235342717	LUCIANA YEILY GONZALEZ	Mujer	28/03/2021	CAJACOPI	15,8	100,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1235342737	MOISES DAVID MADRID	Hombre	02/06/2021	COOSALUD EPS	16,4	95,5		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
18	1235342761	LUIS JAVIER POLO	Hombre	21/07/2021	LA NUEVA EPS	15,5	96		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
19	1235342839	VALERY ALEJANDRA LEGRO	Mujer	23/08/2021	LA NUEVA EPS	13,6	90,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
20	1241088770	NAJER DAVID PABON	Hombre	08/02/2021	LA NUEVA EPS	18,6	104		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Celedon - Nutricionista Dietista

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 23 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1300421016	ALLISON SANDRITH SOLANO	Mujer	31/07/2022	COOSALUD EPS	10,1	79,8		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
2	1067641940	AURA IVETH BARON	Mujer	07/10/2020	SANITAS	16	99,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1067641974	KAEL BENJAMIN ZUÑIGA	Hombre	14/10/2020	SALUD TOTAL	17,7	105,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1067642028	LUIS DANIEL MARTINEZ	Hombre	28/10/2020	CAJACOPI	16,8	102		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1067642058	SADDAM ALIM TORRES	Hombre	24/09/2020	EPS FAMISANAR	17	102		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1067642123	BRIANNA AGUDELO	Mujer	14/11/2020	ASMET SALUD	15,3	96		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
7	1067642136	GABRIELA DE LA HOZ	Mujer	02/09/2020	LA NUEVA EPS	16,7	101		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1067642238	NATHAN DAVID PALLARES	Hombre	02/12/2020	EPS FAMISANAR	13,6	89,5		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
9	1067642251	ELIAM JOSE DIAZ	Hombre	30/11/2020	SANITAS	15,5	99,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
10	1067642265	JESUS DAVID VILLALOBOS	Hombre	20/11/2020	CAJACOPI	15,7	98,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1067642282	GENESIS ACOSTA	Mujer	27/11/2020	SALUD TOTAL	21	105		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
12	1067642525	MARIA JOSE LUNA	Mujer	13/01/2021	CAJACOPI	15,5	94,4		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
13	1067642679	MATIAS DAVID ACOSTA	Hombre	03/03/2021	COOSALUD EPS	14,6	95,3		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1067642692	MANUEL YECID AROCA	Hombre	08/03/2021	CAJACOPI	15,5	98,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1067642819	SERGIO LUIS LOZANO	Hombre	27/02/2021	CAJACOPI	16,8	98,4		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
16	1067642888	SARA SOFIA CARO	Mujer	28/04/2021	CAJACOPI	15,2	97,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1067642927	LIA SALOME VENERA	Mujer	30/04/2021	CAJACOPI	17	103		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
18	1067643120	IVANNA SOFIA PESTAÑA	Mujer	20/06/2021	SANITAS	13,8	93,2		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
19	1067643300	VICTORIA ISABEL YEPEZ	Mujer	28/06/2021	SALUD TOTAL	13,8	93,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
20	1067643324	SAYAN ANTONIO NAVARRO	Hombre	03/07/2021	COOSALUD EPS	14,1	91,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Celedon - nutricionista dietista.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 23 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1064125877	DANIEL SANTIAGO CHINCHILLA	Hombre	27/03/2020	SALUD TOTAL	14,6	100,9		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1066304960	MATEO ANDRES GUTIERREZ	Hombre	13/04/2020	CAJACOPI	17,2	104,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1066305205	EDEN SAMUEL MARTINEZ	Hombre	05/07/2020	CAJACOPI	17,6	105		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1065676008	ALLAN ANDRES FONTALVO	Hombre	13/07/2020	EPS FAMISANAR	16,8	103,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1065676364	LUIS ALEJANDRO ORTIZ	Hombre	17/06/2020	ASMET SALUD	15	101		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1066304434	ESNAIDER DAVID TORRES	Hombre	21/02/2020	SALUD TOTAL	12,9	98,9	16.1	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
7	1066304616	LYAN MATHYAS MONTERO	Hombre	27/04/2020	CAJACOPI	13,8	95,8		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
8	1066304798	ANDRES CAMILO VASQUEZ	Hombre	04/04/2020	DUSAKAWI	14,4	98,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
9	1066303590	ANNI SOFIA ARQUEZ	Mujer	02/12/2019	COOSALUD EPS	16,1	106,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
10	1066303591	ALEJANDRO ARQUEZ	Hombre	02/12/2019	COOSALUD EPS	18,5	110,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1066303611	SAMUEL LEONARDO ESPINOZA	Hombre	04/12/2019	COOSALUD EPS	15,8	103		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
12	1066303852	MOISES DAVID BUELVAS	Hombre	28/12/2019	SALUD TOTAL	18,6	112		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1066304182	GERONIMO FONSECA	Hombre	19/01/2020	COOSALUD EPS	22,3	115,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1066304214	VICTORIA DAZA	Mujer	10/02/2020	SALUD TOTAL	17,6	110,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1066304311	EDITH NARIANA HERRERA	Mujer	27/02/2020	COOSALUD EPS	18,9	108,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yaseinia Diaz Ospedón - Nutricionista Dietista

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 23 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066305340	ELIAS DAVID VILLEGAS	Hombre	24/07/2020	SALUD TOTAL	14,4	97,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1066306542	JHEIN ROGLICK PALMERA	Hombre	25/12/2020	ASMET SALUD	15,8	100,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1066307550	DULCEMARIA QUIROZ	Mujer	06/08/2021	COOSALUD EPS	16	94,8		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
4	1066307735	WILL SMITH TORRES	Hombre	18/10/2021	LA NUEVA EPS	11,5	87,7		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
5	1066307999	IVANNA NAHOMIS PEDROZO	Mujer	18/12/2021	ASMET SALUD	14,8	85,2		Sobrepeso	Retraso en talla	X	
6	1065680887	ORIANA ALEJANDRA ROMERO	Mujer	04/11/2022	LA NUEVA EPS	13,2	84,8		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
7	1065681060	MARIA PAULA GUEVARA	Mujer	30/11/2022	COOSALUD EPS	11,2	86		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1065681538	MERYS SOFIA BLANCO	Mujer	13/02/2023	CAJACOPI	11	77		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
9	1066305582	ANDRES FELIPE ELLES	Hombre	18/08/2020	LA NUEVA EPS	15,8	101		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
10	1066306404	MATHEO BABILONIA	Hombre	10/11/2020	EPS FAMISANAR	16	100		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1066306437	JHONATAN ANDRES VASQUEZ	Hombre	29/10/2020	EPS FAMISANAR	14,6	96,9		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
12	1066306603	KAREN DAVIANA CASTRILLON	Mujer	19/08/2020	MUTUAL SER	14,4	101		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1066306709	MAXIMILIANO ESTRADA	Hombre	01/02/2021	COOSALUD EPS	14	95		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1066307133	JOSE ELIAS PACHECO	Hombre	25/04/2021	COOSALUD EPS	14	94		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
15	1066307266	MARTA LUCIA CARRILLO	Mujer	06/07/2021	SANITAS	13,6	94,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1066903359	ABBY SAHILY POLO	Mujer	30/01/2023	SALUD TOTAL	13,2	82,7		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
17	1066307380	MAIA CORTES	Mujer	31/07/2021	CAJACOPI	13	90,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yoseira Diaz Coleccion-nutricionista dietista .

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 23 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1241088842	LUCIANA MUÑOZ	Mujer	30/06/2021	ASMET SALUD	13,8	92,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1066897329	JOSE RICARDO BORJA	Hombre	16/04/2020	CAJACOPI	15,1	102		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1066897441	SNEYJDER DAVID CARRILLO	Hombre	07/05/2020	SALUD TOTAL	21	106		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
4	1066897567	ALEJANDRO JOSE REDONDO	Hombre	15/05/2020	CAJACOPI	18	111		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1066896433	GABRIEL JESUS GARCIA	Hombre	19/10/2019	CAJACOPI	17	105,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1066896496	ANA BELEN MARTINEZ	Mujer	31/10/2019	LA NUEVA EPS	16,7	106,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1066896528	ALAZNE ITZEL ATENCIO	Mujer	21/10/2019	LA NUEVA EPS	18	105,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1066896533	SALVADOR ANTONIO OROZCO	Hombre	04/11/2019	ASMET SALUD	18,8	110,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1066896618	EMMANUEL DAVID MENDOZA	Hombre	16/11/2019	COOSALUD EPS	19	102,8		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
10	1066896641	SALOME MONTES	Mujer	19/11/2019	MUTUAL SER	16,5	104,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1066896712	YESSER DANIEL RIOS	Hombre	18/11/2019	LA NUEVA EPS	16,4	107,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
12	1066896713	YEILER DAVID RIOS	Hombre	18/11/2019	LA NUEVA EPS	13,8	102,7	15.6	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
13	1066896718	ELIZABETH DIAZ	Mujer	04/12/2019	COOSALUD EPS	14,5	101		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14	1066896861	LIAN ANDRES HERRERA	Hombre	03/01/2020	CAJACOPI	15,6	101		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
15	1066897129	ALANNIS GISSELL PALACIO	Mujer	25/12/2019	CAJACOPI	13,5	98,3		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
16	1066897178	LEONARDO JOSE RODRIGUEZ	Hombre	03/03/2020	CAJACOPI	14,9	101,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
17	1066897236	ORLAN DAVID MIRANDA	Hombre	22/03/2020	CAJACOPI	19,6	105,5		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Patiño Ayala Nutricionista Oferta.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 24 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1137883098	ABIGAIL SALAZAR	Mujer	11/07/2022	CAJACOPI	10,8	83		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1137883145	ALLISON MILAGRO GONZALEZ	Mujer	20/07/2022	COOSALUD EPS	9,6	80,5		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
3	1137883156	LIAM DAVID RIVERA	Hombre	26/07/2022	CAJACOPI	10,5	78,5		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
4	1235341910	SAMUEL DAVID POLO	Hombre	15/11/2019	MUTUAL SER	18,8	110,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1235341911	ISMELL ISMELL HINOJOZA	Hombre	12/11/2019	CAJACOPI	17,5	107,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1235341969	JHOAYDRIS SOFIA CARDENAS	Mujer	09/10/2019	MUTUAL SER	16,2	103,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
7	1235341972	MARIA CELESTE ACOSTA	Mujer	01/11/2019	LA NUEVA EPS	16,8	106,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1235341973	MIA SHARLOTTE NARVAEZ	Mujer	17/11/2019	COOSALUD EPS	17	104,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1235342048	JERONIMO BOLAÑO	Hombre	05/12/2019	EPS FAMISANAR	15,6	99,4		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
10	1235342114	EMMANUEL DAVID GAMARRA	Hombre	14/01/2020	CAJACOPI	18	105		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1235342140	MARIA CELESTE ROCHA	Mujer	29/01/2020	CAJACOPI	18	106,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
12	1235342162	DILAN DAVID OLIVERA	Hombre	14/01/2020	CAJACOPI	15,8	103		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
13	1235342182	YEILIS SOFIA MARTINEZ	Mujer	02/02/2020	CAJACOPI	16,8	106		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1235342183	THIAGO JOSUETH PEÑA	Hombre	10/12/2019	LA NUEVA EPS	18,6	109,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1235342210	YILDER DAVID PEÑALOZA	Hombre	13/02/2020	LA NUEVA EPS	19	107,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1235342211	JUAN PABLO LEGRO	Hombre	28/01/2020	LA NUEVA EPS	15,4	99,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
17	1235342261	LIX ALEXANDRA ARIAS	Mujer	18/05/2020	CAJACOPI	14,8	98,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
18	1235342300	GENESIS HELENA MENDOZA	Mujer	20/09/2020	ASMET SALUD	13,8	94,3		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
19	1235342407	JERONIMO ZAMBRANO	Hombre	06/11/2020	COOSALUD EPS	15,6	99,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
20	1241088575	MIGUEL ANGEL USTARIZ	Hombre	19/10/2019	DUSAKAWI	15	102		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: Ana Yesenia Diaz Salcedo - Nutricionista Dietista -

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 24 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066901308	LIAM ANDRES SUAREZ	Hombre	16/01/2022	SALUD TOTAL	15,5	93,6		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
2	1066901359	THIAGO ANDRES URIBE	Hombre	19/11/2021	LA NUEVA EPS	17,3	97,5		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
3	1066901670	GAEL DAVID CASTILLO	Hombre	19/03/2022	ASMET SALUD	12,8	91,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1066901719	MATIAS ANDRES LARA	Hombre	22/03/2022	SALUD TOTAL	12,9	86		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
5	1066902224	ANGEL MAURICIO PEREZ	Hombre	16/06/2022	LA NUEVA EPS	13,8	89		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
6	1066902899	VIOLETTA TORRES	Mujer	18/10/2022	SANITAS	10,8	79,9		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
7	1066903090	CAMILO ANDRES TORRES	Hombre	01/12/2022	CAJACOPI	12,6	83,5		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
8	1066903118	EMMANUEL CUENTAS	Hombre	05/12/2022	DUSAKAWI	12,6	81		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
9	1066903136	CHARLOTTE ALEXANDRA RAMOS	Mujer	05/12/2022	MUTUAL SER	13,3	84,2		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
10	1068394869	LUIS EMIR JINETE	Hombre	26/06/2023	ASMET SALUD	11,6	79		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
11	1137732032	JORGE ENRRIQUE JIMENEZ	Hombre	24/07/2022	CAJACOPI	11,8	82		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
12	1137732033	CESAR DEJESU JIMENEZ	Hombre	24/07/2022	CAJACOPI	9,9	77		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
13	1137732080	ESTEPHANY MARCELA CORTEZ	Mujer	23/08/2022	CAJACOPI	9,6	80,1		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
14	1137882075	CHRISTOPHER MENDOZA	Hombre	15/05/2021	CAJACOPI	14,6	99,6		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
15	1137882087	EMMILY NAILETH RUDA	Mujer	21/05/2021	CAJACOPI	13,2	95,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16	1137882193	HEIDYS LUCIA MENDEZ	Mujer	16/07/2021	CAJACOPI	14	94,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1137882494	JORDAN DAVID ROYET	Hombre	11/11/2021	CAJACOPI	15	93		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
18	1137882677	ALANNA SOFIA CONSUEGRA	Mujer	08/01/2022	DUSAKAWI	12,8	84,8		Riesgo de Sobrepeso	Retraso en talla		X
19	1137882885	LIANETH SOFIA VIDAL	Mujer	29/04/2022	COOSALUD EPS	12,6	85,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
20	1137883058	DIEGO DE JESUS SANCHEZ	Hombre	30/06/2022	COOSALUD EPS	12,8	87,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yoseris Diaz Cotes - Nutricionista Dietista.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 24 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1241088629	ABIGAIL SOFHIA CEVERICHE	Mujer	09/01/2020	CAJACOPI	18,6	105,2		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
2	1241088932	JUAN PABLO CARMONA	Hombre	20/12/2021	ASMET SALUD	11,5	89,3	14.9	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
3	1137883382	MARYEL VILLALBA	Mujer	16/10/2022	COOSALUD EPS	10,8	79		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
4	1137883403	WILDER DAVID MENCO	Hombre	30/10/2022	COOSALUD EPS	11,8	79		Riesgo de Sobrepeso	Retraso en talla		X
5	1137883594	ALEJANDRO ARAUJO	Hombre	18/01/2023	SALUD TOTAL	11,5	79		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
6	1137883637	YEIMIS PATRICIA CORREA	Mujer	02/02/2023	COOSALUD EPS	11	81		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1235342763	ADRIAN JOSE MIELES	Hombre	22/07/2021	ASMET SALUD	15	96,8		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1235342824	THIAGO ANDRES CARBONO	Hombre	27/07/2021	CAJACOPI	16	98,7		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1235342860	CRISTIAN DAVID RAMIREZ	Hombre	03/09/2021	CAJACOPI	13,8	92		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
10	1235342937	ALANNA SANCHEZ	Mujer	05/10/2021	COOSALUD EPS	14	96,9		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1235342977	SHARLOTH SANDRITH TERAN	Mujer	10/11/2021	CAJACOPI	13,5	87,2		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
12	1235342994	BREINER ALEXANDER CASTRO	Hombre	11/11/2021	SALUD TOTAL	14,1	93,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1235343036	LUZIANA SOFIA MOLERO	Mujer	14/12/2021	ASMET SALUD	13,5	91		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1235343327	MARIA VICTORIA SANES	Mujer	16/05/2022	MUTUAL SER	12,3	85,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
15	1235343426	GABRIEL JESUS RIOS	Hombre	23/08/2022	SALUD TOTAL	11,2	79,9		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
16	1235343459	MEYLIN SOFIA JIMENEZ	Mujer	21/09/2022	MUTUAL SER	12,7	86,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1235343598	HEIVER ANDRES ARAGON	Hombre	24/10/2022	ASMET SALUD	12,8	85		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
18	1235343619	CELESTE TEJEDOR	Mujer	22/11/2022	DUSAKAWI	11,3	80		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
19	1235343714	ELIER GUSTAVO ROGRIGUEZ	Hombre	06/11/2022	CAJACOPI	12,8	86		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yoseina Diaz Celedón - Nutricionista Dietista.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 24 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perímetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1137881251	DAMARLETH RODRIGUEZ	Mujer	16/11/2019	EPS FAMISANAR	23,8	111,8		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
2	1137881313	LIZANDRO ENRIQUE RADA	Hombre	07/12/2019	COOSALUD EPS	16,7	105,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1137881480	BRAYAN DAVID TORO	Hombre	23/02/2020	CAJACOPI	13,8	99,8	15.5	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
4	1137881563	IVANNA MISHEL TORRES	Mujer	3/06/2020	SALUD TOTAL	12,8	96,3	15.8	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
5	1235341907	ANTHONY ALEJANDRO LUQUEZ	Hombre	01/11/2019	CAJACOPI	18	108,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1066899712	JUAN JOSE PALACIOS	Hombre	28/05/2021	CAJACOPI	14,2	96,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1066899750	ESTER JIRETH ARIZA	Mujer	31/05/2021	CAJACOPI	15,6	100		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1066899958	HADDIE ESTER GUILLEN	Mujer	30/06/2021	EPS FAMISANAR	13,8	89,3		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
9	1066900301	ANGEL DAVID RUIZ	Hombre	29/06/2021	LA NUEVA EPS	16,8	100		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
10	1066900368	MARIA JOSE LOPEZ	Mujer	14/08/2021	COOSALUD EPS	13,5	92,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1066901157	SAMUEL DAVID DE LA HOZ	Hombre	23/10/2021	COOSALUD EPS	13,1	89		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
12	1066901235	SARA SOFIA SANTIAGO	Mujer	24/11/2021	CAJACOPI	13,2	87,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yasmin Diaz Celedon, nutricionista dietista

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 24 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1067640303	SAMUEL DAVID TAPIA	Hombre	15/10/2019	CAJACOPI	17	102,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
2	1067640342	DILAN SANTIAGO DIAZ	Hombre	05/11/2019	SANITAS	17,5	110,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1067640492	MAXIMILIANO BONET	Hombre	11/12/2019	SALUD TOTAL	18,6	109		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1067640885	LIX FERNANDA ORTIZ	Mujer	11/02/2020	CAJACOPI	17,8	108		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1067640916	KERLYN DAYANA MEJIA	Mujer	03/03/2020	CAJACOPI	17,5	110,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1067641053	VALENTINA HERNANDEZ	Mujer	20/04/2020	CAJACOPI	13,7	98,6		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
7	1067641076	VALERI SOFIA BUELVAS	Mujer	02/04/2020	LA NUEVA EPS	15,8	99,7		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
8	1067641089	JESUS DAVID GONZALEZ	Hombre	22/04/2020	COOSALUD EPS	14,3	100		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
9	1067641311	EMANUEL ROBLES BELEÑO	Hombre	26/05/2020	CAJACOPI	18,9	112		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
10	1067641460	SHADDAY MILETH SANMARTIN	Mujer	01/04/2020	MUTUAL SER	15	100,1		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
11	1067641525	ABDIEL ZAID ROMERO	Hombre	7/07/2020	COOSALUD EPS	12,8	94,6	16	Riesgo de desnutrición aguda	Retraso en talla	X	
12	1067641550	MELISSA FERNANDA GUERRERO	Mujer	22/05/2020	DUSAKAWI	14,6	101		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1119413009	MATIAS ACOSTA	Hombre	07/04/2020	CAJACOPI	17,8	103,9		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
14	1137730358	EMMA SOFIA PACHECO	Mujer	12/02/2020	SALUD TOTAL	16,6	102		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
15	1137730609	EMMANUEL DAVID TORRES	Hombre	19/05/2020	COOSALUD EPS	14,8	102		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yosaño Diaz enfermera - Nutricionista Dietista

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 24 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1066897659	ARMANDO JOSE ZAPATA	Hombre	29/05/2020	CAJACOPI	19,6	109,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
2	1066897740	LIANA MASIEL SANCHEZ	Mujer	12/06/2020	SALUD TOTAL	14,8	103		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1066897857	DILAN ANDRES ESPELETA	Hombre	18/02/2020	COOSALUD EPS	17,7	109		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
4	1066897858	CARLOS ADRIAN DAVILA	Hombre	21/04/2020	SALUD TOTAL	16,1	103,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1066897859	JOSE GABRIEL DE AVILA	Hombre	26/06/2020	COOSALUD EPS	16,6	106		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1066897944	EMMA LUCIA GOMEZ	Mujer	05/07/2020	LA NUEVA EPS	14,6	100,1		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
7	1066897960	ELIAN DAVID TORRES	Hombre	14/07/2020	CAJACOPI	17,2	100,9		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
8	1066897983	JUAN SEBASTIAN SANTIAGO	Hombre	29/03/2020	CAJACOPI	17,5	105		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1066898239	MARIMAR MONTERO	Mujer	18/08/2020	COOSALUD EPS	15,6	96,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
10	1066898368	GABRIEL ALEXANDER RIVERO	Hombre	21/09/2020	COOSALUD EPS	15,1	97,5		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
11	1066898459	ZOE VALENTINA JIMENEZ	Mujer	28/10/2020	SALUD TOTAL	14	99		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
12	1066899499	SHARITH GIMENA MARTINEZ	Mujer	20/03/2021	COOSALUD EPS	15,6	97		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1067640245	SAMANTHA ZOE TRECO	Mujer	09/10/2019	CAJACOPI	16,8	103,4		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yoseni Diaz Collazos - Nutricionista auditora

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD_Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL **FECHA: 24 OCTUBRE 2024** **RESPONSABLES:DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL- PIC HEAD**

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1063975708	ANALIA PAOLA BRITO	Mujer	06/10/2020	CAJACOPI	15,3	90,5		Riesgo de sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
2	1065675460	ISABELLA SOFIA ARIAS	Mujer	02/09/2020	CAJACOPI	16,5	101		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
3	1065675620	ALAN DAVID CEDEÑO	Hombre	22/09/2020	CAJACOPI	23	108		Sobrepeso	Talla adecuada para la edad	X	
4	1065676446	VALERY SOFIA MARTINEZ	Mujer	16/10/2020	CAJACOPI	16,8	101,2		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
5	1065676542	JESUS DAVID AREVALO	Hombre	13/11/2020	COOSALUD EPS	16,3	100,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
6	1065676728	RAFAEL DAVID BETIN	Hombre	16/12/2020	CAJACOPI	14,3	101,2	15.4	Riesgo de desnutrición aguda	Talla adecuada para la edad	X	
7	1065677183	ISABELLA MEJIA	Mujer	27/02/2021	SALUD TOTAL	16	98		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
8	1065677395	LUIS JOSE CATAÑO	Hombre	06/04/2021	COOSALUD EPS	15,7	99,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
9	1065677466	MARIA JULIANA GUTIERREZ	Mujer	13/03/2021	SANITAS	14,6	92,2		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
10	1065677789	ISABELLA GUTIERREZ	Mujer	07/06/2021	SALUD TOTAL	15,5	97,4		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
11	1065677959	DARIANIS VALENTINA CORZO	Mujer	20/05/2021	EPS FAMISANAR	14,6	93,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
12	1065678273	ZACARIAS EMANUEL ZAMBRANO	Hombre	17/08/2021	LA NUEVA EPS	15,8	97,3		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
13	1067643411	LEYDER CALEB JULIO	Hombre	14/08/2021	CAJACOPI	12,3	93	15.1	Riesgo de desnutrición aguda	Riesgo de baja talla	X	
14	1067643422	KYLIAN JOSE ROCHA	Hombre	18/08/2021	SALUD TOTAL	10,6	81,1		Peso adecuado para la talla	Retraso en talla		X
15	1067734404	ORLANDO JOSE QUIROZ	Hombre	06/09/2020	LA NUEVA EPS	15,8	96,3		Riesgo de Sobrepeso	Riesgo de baja talla		X
16	1081005199	VALERY SOFIA HERNANDEZ	Mujer	23/08/2020	CAJACOPI	18	106,5		Peso adecuado para la talla	Talla adecuada para la edad		X
17	1085011793	MARIANELLA TORREGROSA	Mujer	26/08/2020	CAJACOPI	16,1	98,8		Peso adecuado para la talla	Riesgo de baja talla		X
18	1085957350	ISABELLA SOFIA FUERTES	Mujer	17/12/2020	SALUD TOTAL	18,1	100		Riesgo de Sobrepeso	Talla adecuada para la edad		X
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yosaira Diaz alcalá - Nutricionista Dietista .

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PAISAJE DE SOL									
Nombres y apellidos	**Identificación**	**Fecha N.**	**EPS**	**Diagnóstico**	**Nombre acudiente**	**Teléfono**	**Dirección**	**CITA**	**OBSERVACION**
DEIXER JESUS JIMENEZ	1235342364	20/10/2020	CAJACOPI	Riesgo DNT aguda	ALIADIS PERALES	3043240689	CALLE 5#43-64 NEVADA	30/11/24 hora: 8:20 am con Maira Daza en Nevada	EFECTIVA
ADRIANA MARCELA RODRIGUEZ	1065678272	09/08/2021	NUEVA EPS	Riesgo DNT aguda	MARIA ESTHER BORJA ESCOBAR	3103508696-3022566813	CALLE 7 A # 44-62 NEVADA	30-11-24 HORA 8 AM CON SOLPERLA EN LA NEVADA	PACIENTE OK CON SUS CONTROLES DE PYM
DANNA SOFIA VILLA	1137730595	07/07/2020	CAJACOPI	Riesgo DNT aguda	JESSELLE CAROLINA VERA ORTEGA	3043643411-3024215686	CALLE 5 # 41-12 NEVADA	30-11-24 A LAS 2 PM EN NEVADA CON NORELIA	PACIENTE OK CON SUS CONTROLES DE PYM
AISHLYNN CELESTE ORTEGA	1137882068	10/05/2021	SALUD TOTAL	Riesgo DNT aguda	ANDYS PAOLA QUINTERO JIMENEZ	3160533156-3147308087	CARRERA 48 # 5H-04 APTO 1 NEVADA		NO TIENE LOS SERVICIOS EN EL HEAD
ESNAIDER DAVID TORRES	1066304434	21/02/2020	SALUD TOTAL	Riesgo DNT aguda	ESTEFANNI KAROLINA SALAZAR FLOREZ	3016746502 -	CALLE 6 # 47-49 NEVADA		NO TIENE LOS SERVICIOS EN EL HEAD
YEILER DAVID RIOS	1066896713	18/11/2019	NUEVA EPS	Riesgo DNT aguda	YEISON DAVID RIOS CUEVAS	3023428575-3225503012	CALLE 5 H # 47-51 NEVADA	CYD: 29-11-24 HORA: 8 AM CON SOLPERLAY ODONT: 2-12-24 7: 20 AM CON MARIA MERCEDES EN NEVADA	EFECTIVA
ABDIEL ZAID ROMERO	1067641525	07/07/2020	COOSALUD	Riesgo DNT aguda	SANDY LORENA PEREZ ROBAYO	3013268633-3008517290	CALLE 7B # 44-16 NEVADA	ODONT: 2/12/24 HORA:9 AM CON MARIA MERCEDES EN NEVADA	EFECTIVA

BRAYAN DAVID TORO	1137881480	23/02/2020	CAJACOPI	Riesgo DNT aguda	LAURA VANESA ARIAS GUTIERREZ	3114246694-3154800383	CALLE 5F # 50-57 NEVADA	30/11/24 hora: 8:20 am con Maira Daza en Nevada	BUZON
IVANNA MISHEL TORRES	1137881563	03/06/2020	SALUD TOTAL	Riesgo DNT aguda	MARITZA RANGEL PEREZ	3218441310-3188648954	MZ 46 CS 10 A ALTA VISTA		NO TIENE LOS SERVICIOS EN EL HEAD
JUAN PABLO CARMONA	1241088932	20/12/2021	ASMETSALUD	Riesgo DNT aguda	SANDY YULIETH RIVERA OÑATE	3117299911-3052781541-3008342363	MZ 5 CS 27 BELLO HORIZONTE 2	CITA DE MG: 29-11-24 EN NEVADA 7AM CON SOLPERLA	PACIENTE OK CON SUS CONTROLES DE PYM
LEYDER CALEB JULIO	1067643411	14/08/2021	CAJACOPI	Riesgo DNT aguda	CAROLINA MARIA MORENO SILVA	3024532773-3028686693	CALLE 5G#45-35 NEVADA	SOLO TIENE LOS SERVICIOS DE PYP	PACIENTE OK CON SUS CONTROLES DE PYM
RAFAEL DAVID BETIN	1065676728	16/12/2020	CAJACOPI	Riesgo DNT aguda	DIANA MARGARITA ROJAS VERDECIA	3215173714 - 3145383535	MZ 75 CS 33 URB. ANA MARIA	MG: 29-11-24 CON NORELIA EN LA NEVADA 2 PM	PACIENTE OK CON SUS CONTROLES DE PYM

INFORME DE EJECUCION DE JORNADA DE SALUD

ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir.

ACTIVIDAD EJECUTADA

Realización de una (1) jornada de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en Veinte (20) niños y niñas del barrio Villa Miriam en la comuna 4 realizada en la plaza cultural del barrio, el día 26 de octubre de 2024 en articulación con la junta de acción comunal del barrio donde se desarrolló la cuarta jornada nacional de vacunación ***"Las vacunas son gratis y seguras- vacunate"***

Para el desarrollo de la jornada de vacunación se realizó la formalización y la articulación con los actores involucrados, informando de la actividad a realizar.
Durante esta jornada de vacunación se prestaron los servicios de:

- Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, toxoide para mujeres en edad fértil de 10 a 49 años; DPT para mujeres embarazadas desde las 26 semanas de gestación, VPH para niños y niñas desde los 9 a 17 años; influenza para todas las edades.

- Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit.

- Educación alimentaria y nutricional a través de la entrega de material informativo sobre alimentación saludable para la etapa de crecimiento y desarrollo en la primera infancia.

- Odontología en el cual se brindó atención de higiene oral y aplicación de barniz de flúor a niños y niñas.

- Medicina general brindando atención a los niños y niñas identificados en riesgo de desnutrición aguda y a población general con alguna alteración en su estado de salud.

- Citología

- Atención por psicología

- Atención por enfermería (control de crecimiento y desarrollo)

- Orientación para la prevención del dengue

- Actividades artísticas y recreativas.

Durante el desarrollo de la jornada se realizó la toma de medidas antropométricas utilizando equipos de antropometría calibrados y cumpliendo con las especificaciones técnicas de la norma (resolución 2465 de 2016) a todos los niños y niñas menores de 5 años que fueron llegando a la jornada de salud, con el objetivo de identificar a los niños y niñas que presentaran malnutrición por déficit o por exceso de peso.
Estas mediciones se basaron en lo establecido por la Resolución 2465 del 2016, y la información recolectada fue consignada con claridad en el formato elaborado para registrar la información de la población intervenida. En este formato se registra la siguiente información:

- Nombre de la actividad
- Lugar de ejecución
- Fecha de ejecución

Información de los niños y niñas

1. Documento de identidad
2. Nombres y apellidos.
3. Sexo (Hombre- Mujer)
4. Fecha de nacimiento
5. EAPB a la que se encuentran afiliados;
6. Valoración antropométrica (peso en kg, la talla en cm y el perímetro braquial para el caso de los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda)
7. Finalmente se registra la clasificación antropométrica según los indicadores peso para la talla y talla para la edad y se consigna la necesidad de la canalización al servicio de salud a quién corresponda.

Adicionalmente aquellos niños y niñas que se encontraron fuera de los parámetros establecidos según el indicador antropométrico peso para la talla fueron canalizados a su respectiva EAPB para garantizar el seguimiento de estas intervenciones por parte del asegurador. En el caso de los niños y niñas en los que no se encontró ningún riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda, se le brindó claridades a la familia del resultado de las tomas de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual, así como, brindar educación alimentaria y nutricional en alimentación saludable relevante para la familia, información entregada a través de un folleto en el cual se incluyó la siguiente información:

Alimentación saludable: el mejor inicio para tus hijos

De 0 a 6 meses: Lactancia materna exclusiva

- La leche materna es el alimento ideal: contiene todos los nutrientes necesarios.
- Ofrecerla a libre demanda, tanto de día como de noche.
- Beneficios: fortalece el sistema inmune, promueve el vínculo madre-hijo y reduce el riesgo de enfermedades.

De 6 a 12 meses: Inicio de la alimentación complementaria

- Introducir alimentos sólidos a partir de los 6 meses, sin abandonar la lactancia.
- Comenzar con papillas o purés de frutas, verduras, cereales y proteínas en pequeñas porciones.
- Alimentos recomendados: plátano, papaya, zanahoria, calabaza, pollo, yema de huevo.
- Evitar: sal, azúcar, miel y alimentos procesados.

De 1 a 2 años: Transición a la mesa familiar

- Ofrecer alimentos variados y texturas progresivas: picados, trozos pequeños.
- Asegurar tres comidas principales y dos meriendas saludables al día.
- Incluir grupos básicos: cereales, proteínas, frutas, verduras y grasas saludables.

- Evitar bebidas azucaradas y snacks ultraprocesados.

De 2 a 5 años: Hábitos alimenticios saludables

- Promover el consumo de frutas y verduras diariamente.
- Limitar los dulces, frituras y productos procesados.
- Hacer que las comidas sean un momento agradable, en familia y sin distracciones.
- Ofrecer agua como bebida principal.

Recomendaciones

0-6 meses
- Leche materna exclusiva a libre demanda, de día y de noche.

6-8 meses
- Frutas: plátano, papaya, manzana, pera, mango. Ofrecer en purés suaves o triturados.
- Verduras: zanahoria, calabacín, papa, auyama, brócoli. - Hervir, asar o cocinar al vapor, sin sal.
- Cereales: arroz, avena, maíz (en papillas o crema). - Introducir uno a la vez, para observar posibles reacciones alérgicas.
- Proteínas: pollo, pescado blanco, yema de huevo. - Hervir o asar bien, y triturar.
- Grasas saludables: aguacate, aceite de oliva. - Ofrecer en pequeñas cantidades.

9 a 12 meses
- Frutas y verduras de todas las variedades. - Ofrecer trozos pequeños, para que el bebé las tome con la mano (bajo supervisión).
- Leguminosas: lentejas, frijoles (bien cocidos y triturados). - Introducir en purés o mezclados con cereales.
- Proteínas: huevo, carne de res o cerdo magra, pescado azul (sardinas). - Cocinar bien y ofrecer en trozos pequeños o desmenuzados.
- Yogur natural sin azúcar.

1 a 2 años
- Frutas y verduras frescas y variadas. - Fomentar el consumo diario (mínimo 5 porciones).
- Cereales integrales: arroz, quinua, pasta. - Evitar arroz frito o con grasas.
- Proteínas: huevo entero, carnes magras, pescado, queso fresco. - Ofrecer trozos que puedan masticar; moderar el consumo de queso por el sodio.
- Leguminosas: garbanzos, lentejas, frijoles. -Ofrecer como guisos o mezclados con arroz.

2 a 5 años
- Frutas y verduras de todos los colores: Hacer platos atractivos: crear formas con los alimentos (caras, animales, etc.).
- Proteínas: pollo, pescado, huevo, carne magra, queso bajo en sal.

Consejos

Higiene: Lava bien las manos y los utensilios antes de preparar los alimentos.

Desinfecta frutas y verduras antes de ofrecérselas al niño.

Texturas: Adapta las texturas según la edad. Comienza con alimentos triturados y suaves, y avanza hacia trozos más grandes a medida que el niño desarrolla habilidades de masticación.

Variedad: Introduce un alimento nuevo a la vez y observa posibles reacciones alérgicas. Si el niño rechaza un alimento, inténtalo nuevamente días después, con otra preparación.

Hidratación: Ofrece agua potable y evita jugos, especialmente los industrializados. El agua debe ser la bebida principal.

RESULTADOS

El total de la población intervenida fueron Veinte (20) niños y niñas menores de cinco años en los cuales se identificó la siguiente clasificación nutricional según el indicador trazador de acuerdo a resolución 2465 de 2016 - Peso para la talla:

Clasificación antropométrica	Cantidad de niños y niñas	Notificados a las EAPB
Peso adecuado para la talla	17	No
Desnutrición aguda moderada	0	-------
Desnutrición aguda severa	0	-------
Riesgo de desnutrición aguda	1	1
Riesgo de sobrepeso	2	No
Sobrepeso	0	-------
Obesidad	0	-------
TOTAL	**20**	**1**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificó niños y niñas en desnutrición aguda, pero se clasificó 1 una niña en riesgo de desnutrición aguda la cual recibió atención médica donde se valoró fisicamente para la búsqueda de signos y síntomas de malnutrición encontrando que no hay presencia de edema, su perímetro braquial se encuentra dentro del parámetro normal; piel hidratada, cabello abundante, con brillo, hidratado y bien implantado y sin palidez. Respecto a su desarrollo social se muestra sociable, sonrie y responde al juego espontáneamente y se relaciona con los adultos y otros niños de manera fácil. Se instaura manejo con micronutrientes en polvo. Posterior a la identificación de la menor identificada con riesgo de desnutrición aguda se realizó la notificación a la respectiva EABP Nueva EPS a la que se encuentra afiliada y remisión de copia a la secretaria de salud de Valledupar para garantizar la continuidad en la atención en salud y lograr su recuperación nutricional.

REGISTRO FOTOGRAFICO

Jornada de salud integral- Barrio Villa Miriam – 26 Octubre de 2024

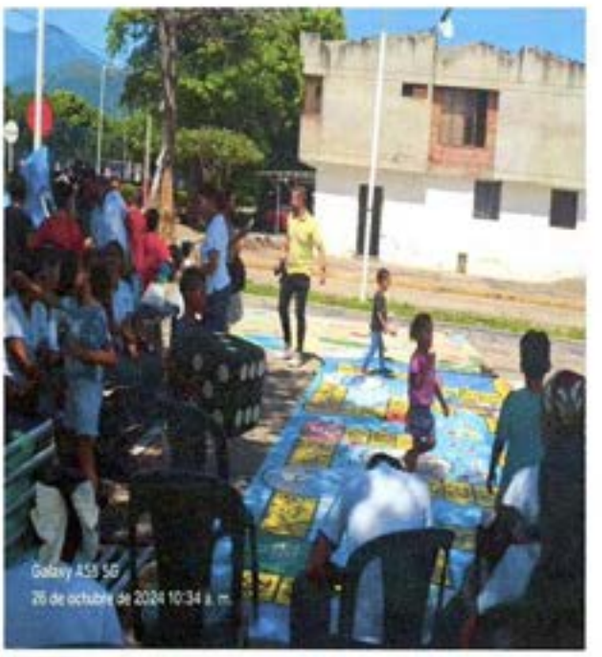




REGISTRO FOTOGRAFICO

jornada de salud Barrio Villa Miriam- 26 Octubre 2024













REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud Barrio Villa Miriam – 26 de octubre de 2024





ANEXOS

Evidencias fotográficas
Folleto de educación alimentaria y nutricional
Registro de información de los niños y niñas intervenidos
Reporte de niños y niñas canalizados a las EAPB

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024

Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños segun resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018

LUGAR: Barrio Villa Miriam. FECHA: 26 Octubre 2024 RESPONSABLES: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional.

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1007910638	Santiago Moreno	Hombre	25/08/2021	SaludTotal	15	102		Adecuado	Adecuada		✓
2	1069646849	Johan Steban Tellez	Hombre	23/01/2024	Cajacopi	16.1	107.4		Adecuado	Adecuado		✓
3	1300421993	Emma Montes Villegas	Mujer	15/08/2023	SaludTotal	11.2	77		Riesgo de sobrepeso	Adecuada		✓
4	1065680779	Maria Fernanda Jimenez R.	Mujer	19/10/2023	NuevaEPS	9.2	80.3	13.9	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
5	1066305351	Deineth Salinas Leal	Mujer	06/05/2020	Cajacopi	14.9	100.2		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
6	1137732692	Rafael Molina Aramendiz	Hombre	21/03/2023	Asmetsalud	13.4	85.5		Riesgo de sobrepeso	Adecuada		✓
7	1066817813	Sol Molina Aramendiz	Mujer	6/07/2020	Famisanar	15	102.4		Adecuado	Adecuada.		—
8	1137883417	Marypaz Lora Morales	Mujer	1/Nov/2022	Cajacopi	11.4	84		Adecuado	Adecuada		✓
9	1065680743	Luz Helena Hincapie	Mujer	5/10/2022	Cajacopi	9.6	79.5		Adecuado	Retraso en talla		✓
10	1137730664	Isaad Hincapie Goena	Hombre	28/08/2020	Nueva Eps	15.5	98.5		Adecuado	Riesgo baja talla		✓
11	1300422439	Dylan Jose Salgado Jimenez	Hombre	14/08/2023	Asmetsalud	10	79.4		Adecuado	Adecuada		✓
12	28082022148.	Nahily Mejia Colmenares	Mujer	28/08/2022	Nueva Eps.	10.7	83.5		Adecuado	Adecuada		✓
13	1065680012	Lucca Javier Cruz P.	Hombre	25/06/2022	Salud-Total	12.1	87		Adecuado	Adecuada		✓
14	1300422548	Samuel David Gamarra	Hombre	14/11/2023	Dusakawi	10.4	73		Adecuado	Adecuada		—
15	1300422931	Leireth Hurtado Romero	Mujer	04/03/2024	Cajacopi	7.7	65.2		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
16	1065682687	Luis Daniel Acosta S.	Hombre	02/10/2023	Salud Total	9.4	74.1		Adecuado	Adecuada		✓
17	1065682883	Lian Rafael Mieles O.	Hombre	14/11/2023	Famisanar	11	72.4		Riesgo sobrepeso	Adecuado		✓
18	1066309036	Elina Alvarez Gonzalez	Mujer	02/09/2022	Coosalud	12.5	87.9		Adecuado	Adecuada		✓
19	1066901792	Carly Machado Bello	Mujer	14/04/2022	Fuerzas Militares	11.9	86.5		Adecuado	Adecuada		✓
20	1066901793	Carolyn Machado Bello	Mujer	14/04/2022	Fuerzas Militares	12.4	89.7		Adecuado	Adecuada		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Coleson - Nutricionista - Dietista.

INFORME DE EJECUCION DE JORNADA DE SALUD

ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la participación de líderes comunitarios y juntas de acción comunal de los lugares a intervenir.

ACTIVIDAD EJECUTADA

Realización de una (1) jornada de salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollaron acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional en cincuenta y siete (57) niños y niñas del corregimiento Badillo el día 30 de octubre de 2024 desarrollada en el puesto de salud del corregimiento y con el apoyo del equipo de atención primaria en salud.

Para el desarrollo de la jornada de salud se realizó la formalización y la articulación con la representante legal de la asociación de hogares comunitarios mixtos Guacoche – guacochito que administra el programa de primera infancia en el corregimiento de Badillo.

Durante esta jornada se prestaron los servicios de:

- Valoración nutricional a través de la toma de medidas antropométricas y valoración de signos físicos en la búsqueda de malnutrición por déficit.

- Educación alimentaria y nutricional a través de la entrega de material informativo sobre alimentación saludable para la etapa de crecimiento y desarrollo en la primera infancia.

- Medicina general brindando atención a los niños y niñas identificados en riesgo de desnutrición aguda y a población general con alguna alteración en su estado de salud.

- Odontología en el cual se brindó atención de higiene oral y aplicación de barniz de flúor a niños y niñas.

- Vacunación con todos los biológicos para niños y niñas menores de 6 años (esquema regular); fiebre amarilla; COVID, toxoide para mujeres en edad fértil de 10 a 49 años; DPT para mujeres embarazadas desde las 26 semanas de gestación, VPH para niños y niñas desde los 9 a 17 años; influenza para todas las edades.

- Atención por nutrición del equipo de atención primaria en salud.

- Atención por psicología del equipo de atención primaria en salud.

- Atención por enfermería del centro de salud del corregimiento (control de crecimiento y desarrollo).

Durante el desarrollo de la jornada se realizó la toma de medidas antropométricas utilizando equipos de antropometría calibrados y cumpliendo con las especificaciones técnicas de la norma (resolución 2465 de 2016) a todos los niños y niñas menores de 5 años que fueron llegando a la jornada de salud, con el objetivo de identificar a los niños y niñas que presentaran malnutrición por déficit o por exceso de peso.
Estas mediciones se basaron en lo establecido por la Resolución 2465 del 2016, y la información recolectada fue consignada con claridad en el formato elaborado para registrar la información de la población intervenida. En este formato se registra la siguiente información:

- Nombre de la actividad
- Lugar de ejecución
- Fecha de ejecución

Información de los niños y niñas

1. Documento de identidad
2. Nombres y apellidos.
3. Sexo (Hombre- Mujer)
4. Fecha de nacimiento
5. EAPB a la que se encuentran afiliados;
6. Valoración antropométrica (peso en kg, la talla en cm y el perímetro braquial para el caso de los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición y desnutrición aguda)
7. Finalmente se registra la clasificación antropométrica según los indicadores peso para la talla y talla para la edad y se consigna la necesidad de la canalización al servicio de salud a quién corresponda.

Adicionalmente aquellos niños y niñas que se encontraron fuera de los parámetros establecidos según el indicador antropométrico peso para la talla fueron canalizados a su respectiva EAPB para garantizar el seguimiento de estas intervenciones por parte del asegurador. En el caso de los niños y niñas en los que no se encontró ningún riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda, se le brindó claridades a la familia del resultado de las tomas de medidas antropométricas realizada, para que reconozcan algunos aspectos de su estado de salud y condición actual, así como, brindar educación alimentaria y nutricional en alimentación saludable relevante para la familia, información entregada a través de un folleto en el cual se incluyó la siguiente información:

Alimentación saludable: el mejor inicio para tus hijos

De 0 a 6 meses: Lactancia materna exclusiva

- La leche materna es el alimento ideal: contiene todos los nutrientes necesarios.
- Ofrecerla a libre demanda, tanto de día como de noche.
- Beneficios: fortalece el sistema inmune, promueve el vínculo madre-hijo y reduce el riesgo de enfermedades.

De 6 a 12 meses: Inicio de la alimentación complementaria

- Introducir alimentos sólidos a partir de los 6 meses, sin abandonar la lactancia.
- Comenzar con papillas o purés de frutas, verduras, cereales y proteínas en pequeñas porciones.
- Alimentos recomendados: plátano, papaya, zanahoria, calabaza, pollo, yema de huevo.
- Evitar: sal, azúcar, miel y alimentos procesados.

De 1 a 2 años: Transición a la mesa familiar

- Ofrecer alimentos variados y texturas progresivas: picados, trozos pequeños.
- Asegurar tres comidas principales y dos meriendas saludables al día.
- Incluir grupos básicos: cereales, proteínas, frutas, verduras y grasas saludables.

- Evitar bebidas azucaradas y snacks ultraprocesados.

De 2 a 5 años: Hábitos alimenticios saludables

- Promover el consumo de frutas y verduras diariamente.
- Limitar los dulces, frituras y productos procesados.
- Hacer que las comidas sean un momento agradable, en familia y sin distracciones.
- Ofrecer agua como bebida principal.

Recomendaciones

0-6 meses
- Leche materna exclusiva a libre demanda, de día y de noche.

6-8 meses
- Frutas: plátano, papaya, manzana, pera, mango. Ofrecer en purés suaves o triturados.
- Verduras: zanahoria, calabacín, papa, auyama, brócoli. - Hervir, asar o cocinar al vapor, sin sal.
- Cereales: arroz, avena, maíz (en papillas o crema). - Introducir uno a la vez, para observar posibles reacciones alérgicas.
- Proteínas: pollo, pescado blanco, yema de huevo. - Hervir o asar bien, y triturar.
- Grasas saludables: aguacate, aceite de oliva. - Ofrecer en pequeñas cantidades.

9 a 12 meses
- Frutas y verduras de todas las variedades. - Ofrecer trozos pequeños, para que el bebé las tome con la mano (bajo supervisión).
- Leguminosas: lentejas, frijoles (bien cocidos y triturados). - Introducir en purés o mezclados con cereales.
- Proteínas: huevo, carne de res o cerdo magra, pescado azul (sardinas). - Cocinar bien y ofrecer en trozos pequeños o desmenuzados.
- Yogur natural sin azúcar.

1 a 2 años
- Frutas y verduras frescas y variadas. - Fomentar el consumo diario (mínimo 5 porciones).
- Cereales integrales: arroz, quinua, pasta. - Evitar arroz frito o con grasas.
- Proteínas: huevo entero, carnes magras, pescado, queso fresco. - Ofrecer trozos que puedan masticar; moderar el consumo de queso por el sodio.
- Leguminosas: garbanzos, lentejas, frijoles. -Ofrecer como guisos o mezclados con arroz.

2 a 5 años
- Frutas y verduras de todos los colores: Hacer platos atractivos: crear formas con los alimentos (caras, animales, etc.).
- Proteínas: pollo, pescado, huevo, carne magra, queso bajo en sal.

Consejos

Higiene: Lava bien las manos y los utensilios antes de preparar los alimentos.

Desinfecta frutas y verduras antes de ofrecérselas al niño.

Texturas: Adapta las texturas según la edad. Comienza con alimentos triturados y suaves, y avanza hacia trozos más grandes a medida que el niño desarrolla habilidades de masticación.

Variedad: Introduce un alimento nuevo a la vez y observa posibles reacciones alérgicas. Si el niño rechaza un alimento, inténtalo nuevamente días después, con otra preparación.

Hidratación: Ofrece agua potable y evita jugos, especialmente los industrializados. El agua debe ser la bebida principal.

RESULTADOS

El total de la población intervenida fueron cincuenta y siete (57) niños y niñas menores de cinco años en los cuales se identificó la siguiente clasificación nutricional según el indicador trazador de acuerdo a resolución 2465 de 2016 - Peso para la talla:

Clasificación antropométrica	Cantidad de niños y niñas	Notificados a las EAPB
Peso adecuado para la talla	39	No
Desnutrición aguda moderada	0	-------
Desnutrición aguda severa	0	-------
Riesgo de desnutrición aguda	15	15
Riesgo de sobrepeso	3	No
Sobrepeso	0	-------
Obesidad	0	-------
TOTAL	**57**	**15**

La tabla muestra que durante esta jornada no se identificó niños en desnutrición aguda, sin embargo se clasificó 15 niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda los cuales de manera inmediata recibieron atención médica donde se valoraron físicamente para la búsqueda de signos y síntomas de malnutrición encontrando que en ninguno se identificó signos diferentes a la delgadez; sin presencia de edema, perímetro braquial se encuentran dentro del parámetro normal; piel hidratada, sin evidencia de bandas de color en cabello bien implantado. Respecto a su desarrollo social se muestran unos niños sociables, sonríen y responden al juego espontáneamente y se relacionan con los adultos y otros niños de manera fácil. Se les instaura manejo con micronutrientes en polvo y se incluyen en seguimiento por la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida. Posterior a la identificación de los menores con riesgo de desnutrición aguda se realizó la notificación a sus respectivas EABP a la que se encuentran afiliados y remisión de copia a la secretaria de salud de Valledupar para garantizar la continuidad en la atención en salud y lograr su recuperación nutricional.

Las notificaciones por EAPB fueron las siguientes:

Cajacopi: 4 niños y niñas
Nueva EPS: 2 niños y niñas
Coosalud: 3 niños y niñas
Asmetsalud: 1 niña
Salud total: 3 niños y niñas
Mutual ser: 1 niño
Se identificó 1 niña sin afiliación a salud la cual recibió atención por el equipo atención primaria en salud (APS). Los cuidadores de la menor manifiestan que realizaron la gestión para la afiliación de la niña en la EAPB Nueva EPS la cual se encuentra en proceso.

REGISTRO FOTOGRAFICO







REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud corregimiento Badillo – 30 de octubre 2024














REGISTRO FOTOGRAFICO
Jornada de salud integral- Corregimiento Badillo – 30 Octubre de 2024








ANEXOS

- Evidencias fotográficas
- Oficio de concertación con asociación de hogares comunitarios mixtos guacoche-guacochito
- Folleto de educación alimentaria y nutricional
- Registro de información de los niños y niñas intervenidos
- Reporte de niños y niñas canalizados a las EAPB

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024

Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños y niñas según resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018.

LUGAR: Corregimiento Badillo FECHA: 30 Octubre 2024 RESPONSABLES: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-Head.

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1235343145	Eryckd Vega Amaya	Hombe	14/02/2022	SaludTotal	9.9	84.7	13	Riesgo DNT aguda	Retraso en talla	✓	
2	1069611634	David Vega Fragoso	Hombre	05/06/2020	coosalud	16.9	104		Adecuado	Adecuado		✓
3	1137883148	Reyna Victoria Florez	Mujer	21/08/2020	Cajacopi	14.4	93.4		Adecuado	Retraso en talla		✓
4	1122421818	Genesis Urrutia Torres	Mujer	15/07/2020	Nueva Eps	10.1	80.6		Adecuado	Retraso en talla		✓
5	1065675827	Eilis Orozco Coronado	Mujer	31/07/2022	Cajacopi	14.2	101.5	13.3	Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
6	1065677799	Kattaleya Montero	Mujer	03/05/2021	Dusakawi	13.7	95.3		Adecuado	Adecuada		✓
7	1065680484	Joan Montero Smith	Hombre	13/07/2023	Nueva EPS	12.1	87.4		Adecuado	Adecuada		✓
8	1069614678	Jham David Ruiz	Hombre	16/04/2022	SaludTotal	15	93.1		Riesgo sobrepeso	Adecuada		✓
9	1122422440	Shaira Epieyu M	Mujer	08/07/2022	Dusakawi	11.6	89.3		Adecuado	Adecuada		✓
10	1122421861	Einis Epieyu M	Mujer	10/02/2023	Dusakawi	10.5	76		Riesgo Sobrepeso	Retraso en talla		✓
11	1066898981	Danna Lucia Iguaran	Mujer	27/06/2021	Famisanar	16.8	103		Adecuado	Adecuada		✓
12	1093933699	Luz Dary Solar	Mujer	27/08/2020	Sin afiliación	13.4	101.2		Riesgo DNT aguda	Adecuada	✓	
13	1137883894	Adora Yarreth Epieyu	Mujer	29/04/2023	Dusakawi	9.6	79		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
14	1065683590	Juan Rodriguez Gamarra	Hombre	26/03/2024	Nueva Eps	6.8	65		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
15	1241088788	Dana Sofia Gamarra	Mujer	23/02/2021	Nueva Eps	13.5	93.8		Adecuado	Retraso en talla		✓
16	1137732225	Ian Jose Rodriguez	Hombre	07/10/2022	Cajacopi	11.5	85.7		Adecuado	Adecuada		✓
17	1069645668	Nairam Pinto Martinez	Mujer	26/11/2022	Famisanar	11.8	84.7		Adecuado	Adecuada		✓
18	1191112842	Liam Lara Galindo	Hombre	11/07/2022	Nueva Eps	10.6	85.5	12.8	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja	✓	
19	1066308672	Jaime Avila Figueroa	Hombre	31/05/2022	SalvaTotal	10.9	83.5		Adecuado	Retraso en talla		✓
20	1235343646	Ana Ferreira Oviedo	Mujer	02/01/2022	Nueva Eps	12.7	89.5		Adecuado	Retraso en talla		✓

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Diaz Celedon - Nutricionista dietista.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños según resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018

LUGAR: Corregimiento Badillo FECHA: 30 octubre 2024 RESPONSABLES: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1067641602	Dañanis julio Herrera	Mujer	03/07/2020	Cajacopi	16.7	103.2		Adecuado	Adecuada		✓
2	1065682161	juan pablo julio	Hombre	12/04/2023	Cajacopi	10.4	82.4		Adecuado	Adecuada		✓
3	1067643691	Gabriela Guerra	Mujer	09/10/2021	Coosalud	14.9	99.5		Adecuado	Adecuada		✓
4	1067644788	Karla Pedroza	Mujer	16/05/2022	Asmetsalud	10.3	86	15.5	Riesgo DNTaguda	Riesgotalla baja		✓
5	1235342326	Wisly Michell Ortega	Mujer	02/06/2020	Cajacopi	13.7	101	15.8	Riesgo DNTaguda	Riesgotalla baja		✓
6	1065680011	Añanis ortega	Mujer	21/04/2022	Nueva Eps	11.3	87.1		Adecuado	Adecuada		✓
7	1066901469	Esteban Montes	Hombre	16/02/2022	Coosalud	12.3	93.8	14.9	Riesgo DNTaguda	Adecuada		✓
8	1066301388	Antonella martinez	Mujer	08/03/2020	Coosalud	15	102.8		Adecuado	Riesgotalla baja		✓
9	1067645013	Juan jose Negrete	Hombre	06/07/2022	Cajacopi	14.5	91.6		Riesgo Sobrepeso	Adecuada		✓
10	1066308782	Charlotte pineda	Mujer	06/07/2022	SaludTotal	12.7	87.2		Adecuado	Adecuada		—
11	1137983771	Neider llorente	Hombre	25/02/2023	Coosalud	10.4	82		Adecuado	Adecuada		—
12	1066902261	Saida Manjarrez	Mujer	09/06/2022	SaludTotal	11.4	84.8		Adecuado	Riesgotalla baja		✓
13	1066902260	Salma Manjarrez	Mujer	09/06/2022	SaludTotal	11.9	87		Adecuado	Adecuada		✓
14	1300421307	Geronimo Castellon	Hombre	01/07/2022	SaludTotal	12.4	91		Adecuado	Adecuada		✓
15	1065774408	Harold castellon	Hombre	05/03/2022	SaludTotal	16.8	105		Adecuado	Adecuada		✓
16	1065676680 9	Manuel julio Smith	Hombre	22/12/2020	Nueva Eps	13.9	90.3		Adecuado	Retraso en talla		✓
17	1067644173	Leonardo Garcia	Hombre	08/12/2021	Cajacopi	14.7	103.8	15.6	Riesgo DNTaguda	Adecuado	✓	
18	1067641429	Shaken Rabel Fuente	Mujer	30/06/2020	SaludTotal	12	91.8		Adecuado	Retraso en talla		✓
19	78300 57	Kataleya Moran	Mujer	09/10/2020	Nueva Eps	13.7	96.5		Adecuado	Riesgo talla baja		✓
20	1050846914	Luis Castro Fernandez	Hombre	01/12/2020	Mutual Ser	14	101.6	15.1	Riesgo DNTaguda	Adecuada	✓	

Nombre y cargo del responsable de la medición: Olga Yesenia Dg Coloción - Nutricionista Dietista.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar 20 jornadas de salud con intervenciones individuales y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación de factores de riesgo nutricional a 1200 niños Segun resolucion 2465 de 2016, resolucion 2350 de 2020 y resolucion 3280 de 2018.

LUGAR: Corregimiento Badillo FECHA: 30 octubre 2024 RESPONSABLES: Dimension Seguridad alimentaria y nutricional

No. DE ORDEN	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (NUIP)	NOMBRES Y APELLIDOS	Sexo (Hombre / Mujer)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	EAPB	VALORACION ANTROPOMETRICA			CLASIFICACION ANTROPOMETRICA		CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD	
						PESO (Kg)	TALLA (cm)	Perimetro Braquial (cm)	PESO/TALLA	TALLA/EDAD	SI	NO
1	1137884103	Maian Sofia Martinez	Mujer	21/07/2023	Cajacopi.	9.9	76		Adecuado	Adecuada		✓
2	1137733229	Elizabeth Mejia M.	Mujer	17/10/2023	Cajacopi	8.8	71.4		Adecuado	Adecuada		✓
3	1122421864	Luis Leonaldo Mejia	Hombre	16/11/2021	Cajacopi	11.5	86		Adecuado	Retraso en talla		✓
4	1137882920	Carlos Adrian Brochero	Hombre	23/04/2022	coosalud	12.7	92.4		Adecuado	Adecuada		✓
5	1065678774	Kimberly Morales Diaz	Mujer	22/06/2021	Nueva Eps	11.4	86		Adecuado	Retraso en talla		✓
6	1065678775	Keiber Morales Diaz	Hombre	11/06/2021	Nueva Eps	14.7	100		Adecuado	Adecuada		✓
7	1067643031	Anahi Escorcia L.	Mujer	14/05/2021	Cajacopi	13.5	95.4		Adecuado	Adecuada		✓
8	1067642521	Ashley acuña	Mujer	03/08/2022	Cajacopi	14.9	104	14.3	Riesgo DNT aguda	Adecuada		✓
9	1065676846	Renata infante	Mujer	03/12/2020	Salud Total	14.3	102.9	15.1	Riesgo DNT aguda	Adecuado		✓
10	1066901181	Laura Rodriguez	Mujer	21/12/2021	Nueva eps	11	88	14	Riesgo DNT aguda	Riesgo talla baja		✓
11	1065633241	Mathias Urrutia	Hombre	12/06/2020	Nueva Eps	15.2	102		Adecuado	Adecuada		✓
12	1065854432	Lilith matheus	Mujer	15/12/2021	Sanitas	12.4	91.5		Adecuado	Adecuada		✓
13	1067641203	Yasmin Diaz Q	Mujer	17/04/2020	Sanitas	17	104		Adecuado	Adecuada		✓
14	1066903278	Gabriel Gutierrez	Hombre	22/05/2023	Salud Total	11	81		Adecuado	Adecuada		✓
15	1063976936	Sara Vega Guerrero	Mujer	12/04/2021	Nueva Eps	14.8	99		Adecuado	Adecuada		✓
16	1099263780	Rafael Kaleth Vega	Hombre	29/07/2020	coosalud	14.1	101	15	Riesgo DNT aguda	Adecuada.	✓	
17	1085116537	Jhoana Barrero	Mujer	19/05/2023	coosalud	7.7	72	12.8	Riesgo DNT aguda	Retraso en talla	✓	
18												
19												
20												

Nombre y cargo del responsable de la medición: Ilsa Yesenia Diaz Ceballos - Nutricionista Dietista

El mejor inicio para tus hijos

De 0 a 6 meses: Lactancia materna exclusiva
La leche materna es el alimento ideal: contiene todos los nutrientes necesarios.
Ofrecerla a libre demanda, tanto de día como de noche.
Beneficios: fortalece el sistema inmune, promueve el vínculo madre-hijo y reduce el riesgo de enfermedades.

De 6 a 12 meses: Inicio de la alimentación complementaria
Introducir alimentos sólidos a partir de los 6 meses, sin abandonar la lactancia.

Comenzar con papillas o purés de frutas, verduras, cereales y proteínas en pequeñas porciones.
Alimentos recomendados: plátano, papaya, zanahoria, calabaza, pollo, yema de huevo.
Evitar: sal, azúcar, miel y alimentos procesados.



De 1 a 2 años: Transición a la mesa familiar
Ofrecer alimentos variados y texturas progresivas: picados, trozos pequeños.
Asegurar tres comidas principales y dos meriendas saludables al día.
Incluir grupos básicos: cereales, proteínas, frutas, verduras y grasas saludables.
Evitar bebidas azucaradas y snacks ultraprocesados.

De 2 a 5 años: Hábitos alimenticios saludables
Promover el consumo de frutas y verduras diariamente.
Limitar los dulces, frituras y productos procesados.
Hacer que las comidas sean un momento agradable, en familia y sin distracciones. Ofrecer agua como bebida principal.

Alimentación saludable







PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024
HEAD

Valledupar, Noviembre de 2024

Secretaría Local de Salud
Valledupar
29 NOV 2024
1070
Firma:

Dra Jaide Medina Calderón
Secretaria de salud
Valledupar

Asunto: Notificación de casos de niños con malnutrición por déficit y exceso de peso para la talla.

Cordial saludo

Por medio de la presente, nos permitimos informarles que durante las jornadas de salud realizadas en el marco de la ejecución de la estrategia CUIDA LO COMES del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación de la secretaria local de salud; se han identificado varios casos de malnutrición en niños y niñas de la comunidad. Esta situación fue notificada a las respectivas EAPB para la continuidad en su atención y seguimiento y se garantice la salud y el bienestar de los menores afectados.

Adjuntamos a esta misiva los oficios remitidos a las EAPB con la información pertinente sobre los casos identificados.

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

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

COOSALUD EPS
28 NOV 2024 PM 12:05

Valledupar, Noviembre de 2024

EAPB
COOSALUD EPS S.A.

SUCURSAL CESAR

Asunto: Notificación de casos de niños con malnutrición por déficit y exceso de peso para la talla.

Estimados señores,

Por medio de la presente, nos permitimos informarles que durante las jornadas de salud realizadas en el marco de la ejecución de la estrategia CUIDA LO COMES del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación de la secretaria local de salud; se han identificado varios casos de malnutrición en niños y niñas de la comunidad. Esta situación requiere atención y seguimiento inmediato para garantizar la salud y el bienestar de los menores afectados.

Adjuntamos el listado detallado con la información pertinente sobre los casos identificados.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PESO kg	TALLA Cm	DIAGNOSTICO
LAYNES ALEXANDRA FERRARI CESPEDES	RC 1066898587	11.8	92.8	Riesgo de desnutrición aguda.
KIARA SOFIA TERAN SARMIENTO	RC 1235342074	14.3	103	Riesgo de desnutrición aguda.
OSWALDO ANDRES CAÑATE ARIAS	RC 1067642633	11.8	91	Riesgo de desnutrición aguda.
ABDIEL ZAID ROMERO	RC 1067641525	12.8	94.6	Riesgo de desnutrición aguda.
ESTEBAN LUIS MONTES GALLARDO	RC 1066901469	12.3	93.8	Riesgo desnutrición aguda
RAFAEL KALETH VEGA PARRA	RC 1099263780	14.1	101	Riesgo de desnutrición aguda.
BRIANIS JOHANA BORRERO	RC 1085116537	7.7	72	Riesgo desnutrición aguda.
DANNA RAMÍREZ ANAYA	RC 1066892231	12.8	98	Riesgo de desnutrición aguda.
ISMAEL DAVID MARTÍNEZ OVIEDO	RC 1137882435	10.5	86.8	Riesgo de desnutrición aguda.
MIGUEL ROMERO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ	RC 1066304745	12.9	97.1	Riesgo de desnutrición aguda.
SHERIAM LAZCARRO	RC 1037832279	9.6	83.6	Riesgo de desnutrición aguda.
EULIMAR ANDREA VENERA GONZÁLEZ	RC 1137732932	8.2	75	Riesgo desnutrición aguda.
MARY ÁNGEL RUIZ NAVARRO	RC1235344332	6.1	59.6	Obesidad

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

Valledupar, Noviembre de 2024

EAPB
ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS

Asunto: Notificación de casos de niños con malnutrición por déficit y exceso de peso para la talla.

Estimados señores,

Por medio de la presente, nos permitimos informarles que durante las jornadas de salud realizadas en el marco de la ejecución de la estrategia CUIDA LO COMES del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación de la secretaria local de salud; se han identificado varios casos de malnutrición en niños y niñas de la comunidad. Esta situación requiere atención y seguimiento inmediato para garantizar la salud y el bienestar de los menores afectados.

Adjuntamos el listado detallado con la información pertinente sobre los casos identificados.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PESO kg	TALLA Cm	DIAGNOSTICO
IAM JOSÉ QUIÑONEZ MARTÍNEZ	RC 1235344083	12.3	93.1	Riesgo de desnutrición aguda.
SARAENITH YEPES ROSADO	RC 1067640915	13.4	98.4	Riesgo de desnutrición aguda.
LUIS ALFREDO CASTRO FERNANDEZ	RC 1050846914	14	101	Riesgo de desnutrición aguda.
YADIEL ADRIAN RUEDA LOPEZ	RC 1300421904	11.7	85.5	Obesidad

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

mutualser
2024 NOV. 28
HORA: 1:18 PM
RECIBIDO
SUJETO A VERIFICACION

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

Valledupar, Noviembre de 2024

EAPB
SALUDTOTAL

Asunto: Notificación de casos de niños con malnutrición por déficit y exceso de peso para la talla.

Estimados señores,

Por medio de la presente, nos permitimos informarles que durante las jornadas de salud realizadas en el marco de la ejecución de la estrategia CUIDA LO COMES del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación de la secretaria local de salud; se han identificado varios casos de malnutrición en niños y niñas de la comunidad. Esta situación requiere atención y seguimiento inmediato para garantizar la salud y el bienestar de los menores afectados.

Adjuntamos el listado con la información pertinente sobre los casos identificados.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PESO kg	TALLA Cm	DIAGNOSTICO
AISHLYNN CELESTE ORTEGA	RC 1137882068	13.6	10.8	Riesgo de desnutrición aguda
ESNAIDER DAVID TORRES	RC 1066304434	12.9	98.9	Riesgo de desnutrición aguda
IVANNA MISHEL TORRES	RC 1137881563	12.8	96.3	Riesgo de desnutrición aguda
RENATA INFANTE FIGUEROA	RC 1065676846	14.3	102.7	Riesgo de desnutrición aguda
ASHLEY SOFÍA GARCÍA BARRIOS	RC1063976967	11.6	91.5	Riesgo de desnutrición aguda.
JOSHUA CUJIA CARRILLO	RC 1137882951	11.1	87.5	Riesgo de desnutrición aguda
FÁTIMA PONCE CAÑIZARES	RC1066308244	10.9	88	Riesgo de desnutrición aguda.
JULIHANA ANDREA OCHOA GUTIÉRREZ	RC1066310582	8.6	65	Sobrepeso

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

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

Valledupar, Noviembre de 2024

fernando lopez
NUEVA EPS
28-11-2024

EAPB
NUEVA EPS

Asunto: Notificación de casos de niños con malnutrición por déficit y exceso de peso para la talla.

Estimados señores,

Por medio de la presente, nos permitimos informarles que durante las jornadas de salud realizadas en el marco de la ejecución de la estrategia CUIDA LO COMES del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación de la secretaria local de salud; se han identificado varios casos de malnutrición en niños y niñas de la comunidad. Esta situación requiere atención y seguimiento inmediato para garantizar la salud y el bienestar de los menores afectados.

Adjuntamos el listado detallado con la información pertinente sobre los casos identificados.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PESO kg	TALLA Cm	DIAGNOSTICO
ALI JOSÉ DURAN CASTILLO	RC 1065677505	11.4	88	Riesgo de desnutrición aguda.
YOSELIN DAYANA MORENO RUIZ	RC 1235342563	12.8	97.5	Riesgo de desnutrición aguda.
MARIA CELESTE PEDROZA	RC 1067642660	12.5	93.6	Riesgo de desnutrición aguda.
NAHOMY TAILETH PINZÓN MUÑOZ	RC 1110607381	13.4	100.4	Riesgo de desnutrición aguda.
IVÁN ELÍAS REVILLA FLORES	RC 1137730480	14.3	101.3	Riesgo desnutrición aguda.
GABRIEL JESUS ALEMAN	RC 1066308479	15.9	88	Obesidad
ADRIANA MARCELA RODRIGUEZ	RC 1065678272	13.8	100	Riesgo de desnutrición aguda
YEILER DAVID RIOS	RC 1066896713	13.8	102.7	Riesgo de desnutrición aguda
MILUZ VICTORIA LOPEZ RINCON	RC 1066306406	12.8	96.5	Riesgo de desnutrición aguda
MARIA FERNANDA JIMENEZ ROA	RC 1065680779	9.2	80.3	Riesgo de desnutrición aguda
LAURA PATRICIA RODRIGUEZ	RC 1066901181	11	88	Riesgo de desnutrición aguda

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

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

Valledupar, Noviembre de 2024

EAPB
SANITAS

EPS Sanitas
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL
28 NOV 2024
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
11:54 am

Asunto: Notificación de caso de niña con desnutrición aguda

Estimados señores,

Por medio de la presente, nos permitimos informarles que durante las jornadas de salud realizadas en el marco de la ejecución de la estrategia CUIDA LO COMES del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación de la secretaria local de salud; se han identificado un caso de desnutrición aguda moderada en la comunidad. Esta situación requiere atención y seguimiento inmediato para garantizar la salud y el bienestar de la niña afectada.

Adjuntamos la información pertinente sobre el caso identificado.

Nombres y Apellidos	ALIANYS ROJAS PEÑA
Documento de identidad	RC 1066304201
fecha de nacimiento	11/02/2020
Dirección de ubicación	CDI Paisaje de sol
Número de teléfono de contacto	3115872349
Peso	11.6
Talla	97.7
PB	15.2

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

EPS Sanitas
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL
28 NOV 2024
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
11:54 Am

Valledupar, Noviembre de 2024

EAPB
SANITAS

Asunto: Notificación de casos de niños con malnutrición por déficit y exceso de peso para la talla.

Estimados señores,

Por medio de la presente, nos permitimos informarles que durante las jornadas de salud realizadas en el marco de la ejecución de la estrategia CUIDA LO COMES del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación de la secretaria local de salud; se han identificado varios casos de malnutrición en niños y niñas de la comunidad. Esta situación requiere atención y seguimiento inmediato para garantizar la salud y el bienestar de los menores afectados.

Adjuntamos el listado detallado con la información pertinente sobre los casos identificados.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PESO kg	TALLA Cm	DIAGNOSTICO
Kaylen Juliana Simanca Baquero	RC 1065678223	12.3	93.1	Riesgo de desnutrición aguda.
Thiago Andrés Víctor Charris	RC 1067641253	14.5	102.8	Riesgo de desnutrición aguda.

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

Olga Yesenia Díaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

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

CAJACOPI EPS SECC. CESAR | RADICADO CORRESPONDENCIA No.
FECHA DE RADICADO 29 NOV 2024 Hora: 1:12
Firma: Ivan Pablo Rivera
Para su estudio no implica aceptación

Valledupar, Noviembre de 2024

EAPB
CAJACOPI

Asunto: Notificación de casos de niños con malnutrición por déficit y exceso de peso para la talla.

Estimados señores,

Por medio de la presente, nos permitimos informarles que durante las jornadas de salud realizadas en el marco de la ejecución de la estrategia CUIDA LO COMES del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ejecutado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación de la secretaria local de salud; se han identificado varios casos de malnutrición en niños y niñas de la comunidad. Esta situación requiere atención y seguimiento inmediato para garantizar la salud y el bienestar de los menores afectados.

Adjuntamos el listado detallado con la información pertinente sobre los casos identificados.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PESO kg	TALLA Cm	DIAGNOSTICO
Deixer Jesús Jiménez	RC 1235342364	13	98.8	Riesgo de Desnutrición aguda
Danna Sofía Villa	RC 1137730595	13	99.9	Riesgo de Desnutrición aguda
Brayan David Toro	RC 1137881480	13.8	99.8	Riesgo de Desnutrición aguda
Rafael David Betin	RC 1065676728	14.3	101.2	Riesgo de Desnutrición aguda
Leyder Caleb Julio	RC 1067643411	12.3	93	Riesgo de desnutrición aguda
Alan David Cedeño	RC 1065675620	23	108	Sobrepeso
Juliana Alejandra Barriga	RC 1067643867	17	95	Sobrepeso
Jhan Pierr Ortiz	RC 1235342531	18.5	98.3	Sobrepeso
Juan José Zarate Mejía	RC 1235342125	14.4	102.2	Riesgo de desnutrición aguda
Alexandra Lucia Villegas	RC 1137881936	11.5	92.3	Riesgo de desnutrición aguda
Luisa Fernanda Acosta Mayor	RC 1235343315	11.7	93.1	Riesgo de desnutrición aguda
Emanuel Jesús Cantillo Padilla	RC 1066898808	13.9	101.6	Riesgo de desnutrición aguda
Juan José Zarate Mejía	RC 1235342125	14.4	102	Riesgo de desnutrición aguda
Leonardo Enrique García Vanegas	RC 1067644173	14.7	103.8	Riesgo de desnutrición aguda
Wisly Michell Ortega	RC1235342326	13.7	101	Riesgo de desnutrición aguda
Abner Sebastián Tova Alfaro	RC1137731979	10.1	86.3	Riesgo de desnutrición aguda.
Ángel Isaac Noriega	RC1235343736	9.3	80	Riesgo de desnutrición aguda.
Liham Ricardo Mujica Cárdenas	RC1063977242	12.9	96.6	Riesgo de desnutrición aguda
Juan José Mendiola	RC1066303104	17.5	113.7	Riesgo de desnutrición aguda
Azeneth Sofía González Torres	RC1066896891	15.1	107.5	Riesgo de desnutrición aguda
Ángel Samuel Guerra Pinto	RC1067641439	12.3	95.5	Riesgo de desnutrición aguda
Elisabeth Restrepo Arrieta	RC 1137733306	10.4	70	Sobrepeso

Agradecemos su pronta atención a esta situación y quedamos atentos a cualquier acción que se deba realizar en conjunto.

Atentamente,

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024
Celular 3155231686

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: DEL 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	COMPONENTE 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
Seguridad alimentaria y Nutricional.	Ejecutar treinta (30) acciones de información en salud dirigidas a docentes y adolescentes para la promoción de alimentación saludable de estudiantes en colegios públicos para la comprensión de la información nutricional, el etiquetado frontal de advertencia de alimentos y bebidas ultra procesados establecidos por la resolución 2492 de 2022, con el fin de prevenir la morbilidad asociada al consumo de estos alimentos en la zona urbana del municipio de Valledupar	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 5.000.000	30	12	$ 2.000.000	40%	12	$ 2.000.000	30	$ 5.000.000	100%	0	$ 0	0%
	Realizar veinte (20) Jornadas de Salud con intervenciones individuales (RMPS) y colectivas, donde se desarrollen acciones para la identificación temprana de factores de riesgo nutricional a 1500 niños según la resolución 2465 de 2016, resolución 2350 de 2020 y resolución 3280 de 2018 en zona rural y urbana del municipio de Valledupar con difícil acceso. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EAPB en cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según la resolución 3280 de 2018. Contempla la	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 36.000.000	20	7	$ 12.600.000	35%	7	$ 12.600.000	12	$ 21.600.000	60%	8	$ 14.400.000	40%
	Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 10.000.000	100	40	$ 4.000.000	40%	40	$ 4.000.000	100	$ 10.000.000	100%	0	$ 0	0%
	Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 20.000.000	12	4	$ 6.666.667	33%	4	$ 6.666.667	10	$ 16.666.667	83%	2	$ 3.333.333	17%
	Realizar siete (7) orientaciones de información en salud a (300) mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna relactancia y donación de leche humana, con el fin de fomentar la practica desde la primera hora de vida y hasta los seis meses la lactancia materna exclusiva y hasta los dos años o más de forma complementaria en zona urbana y rural del municipio de Valledupar.	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 12.000.000	7	1	$ 1.714.286	14%	1	$ 1.714.286	5	$ 8.571.429	71%	2	$ 3.428.571	29%
	Realizar 3000 visitas, interviniendo a mil (1000) hogares en los dos microterritorios priorizados, (Vereda y 450 años en el municipio de Valledupar), que incluya acciones de educación para fortalecer la Seguridad Alimentaria y Nutricional con el fin de prevenir la malnutrición en el grupo familiar, contempla la promoción de las acciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento para la Salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 100.000.000	3000	1192	$ 39.800.000	40%	1037	$ 39.800.000	1492	$ 54.800.000	55%	1508	$ 45.200.000	45%
TOTAL									$ 66.780.952						

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

NANCY TAMAYO MORÓN
Subdirectora Científica
Supervisor

Proyectó:
BELKIS CORDOBA QUINTERO
Profesional - Apoyo coord. PIC 2024

DIMENSIÓN: SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Dirección: Carrera 20 No. 43 – 63 / Teléfono: 5842828 Fax: 5846293
e- mail: gerencia@headese.gov.co
Valledupar, Cesar

ACTIVIDAD No. 1

Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.

INFORME DE ACTIVIDADES No. 002

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 767
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTE Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS **($1.416.738.625,00)** MCTE.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES.
PERIODO REPORTADO	**OCTUBRE DE 2024**
VALOR EJECUTADO MES	**$ 20.000.000 PESOS**

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDAD DE CUMPLIMIENTO	ANEXOS
Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.	Durante este periodo se llevaron a cabo cuatro (04) orientaciones de información en salud planeadas de manera metodológicas dirigidas a estudiantes de 2°, 3° y 4° grado de primaria de cuatro (04) instituciones educativas públicas del área urbana de Valledupar. El objetivo principal de estas orientaciones fue Promover la comprensión y adopción de prácticas higiénicas en el manejo de alimentos entre estudiantes del ciclo de vida infancia, a través de orientaciones lúdicas y educativas, con el fin de que se conviertan en replicadores de esta información en sus hogares y contribuyan a la disminución del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en el municipio de Valledupar en área urbana. Las cuatro (04) orientaciones fueron realizadas en las siguientes fechas e instituciones educativas así: 1. INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA **SEDE ESCUELA URBANA MIXTA LA NEVADA:** La actividad se realizó el 4 de Octubre en jornada de la tarde desde las 4:00 p.m hasta las 5:00 p.m con la participación de doscientos sesenta (260) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria. 2. INSTITUCIÓN EDUCATIVA UPAR **SEDE JOSE ANTONIO GALAN:** Orientación realizada el dia 21	Oficios de concertación con IE Cronograma de actividades. Documento de Planeación metodológica de la actividad. Actas de actividades con registro fotográfico Listados de asistencia. Material informativo entregado. Material publicitario. Videos de campañas en medio magnéticas. Informe descriptivo de las actividades.

	estudiantes ciento diecinueve (119) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria. 3. INSTITUCION EDUCATIVA ENRIQUE PUPO MARTINEZ **SEDE E.U.M N° 5:** La orientación fue realizada el 22 de Octubre con la participación de trescientos (302) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria. 4. INSTITUCION EDUCATIVA NACIONAL LOPERENA **SEDE CONCENTRACIÓN SANTO DOMINGO:** La actividad fue realizada el 24 de octubre dirigida a ciento ochenta y dos (182) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° grado de primaria de la sede concentración santo domingo. Para alcanzar el objetivo propuesto: - Se llevó a cabo articulación con los actores involucrados mediante oficios dirigidos a los directivos de las instituciones educativas para la presentación de la actividad a través de la estrategia CUIDA LO QUE COMES y así mismo solicitar la concertación de la actividad estableciendo las fechas de las intervenciones. - Se emplearon estrategias lúdicas que hicieron el aprendizaje más dinámico y participativo. - Se utilizaron diversos recursos didácticos y lúdicos para apoyar la actividad, tales como: - Folletos informativos sobre el tema - Escenario para presentación de una historia a través de una obra de títeres. - Stand ambientado con alimentos didácticos y elementos de higiene personal. - Un dado didáctico para evaluación de la actividad. - La recreación a través de un disfraz de bacteria. Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.	

Se anexa; Soportes relacionados por cada obligación contractual.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes Noviembre del 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Olga Yesenia Díaz Celedon Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

INFORME DESCRIPTIVO DE ACTIVIDADES No. 2

Ejecución de cuatro (4) orientaciones de información en salud dirigidas a estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar. Estrategia "CUIDA LO QUE COMES"

ELABORADO POR:
DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

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, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional tiene previsto el desarrollo de varias actividades que buscan efectuar en entornos comunitarios y educativos del municipio la estrategia **"Cuida lo que comes"**.

En el contexto actual, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las comunidades. En particular, las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) representan un desafío significativo para la salud pública, especialmente entre la población infantil, que es más vulnerable a estos riesgos.

Estas intervenciones son de gran importancia para el mejoramiento de las condiciones de salud en cuanto a la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos derivadas de inadecuadas prácticas de manipulación de alimentos.

Se presenta en este informe la ejecución y resultados de estas actividades de gran impacto en la salud de la población objeto de estas orientaciones.

2. OBJETIVO

Promover la comprensión y adopción de prácticas higiénicas en el manejo de alimentos entre estudiantes del ciclo de vida infancia, a través de orientaciones lúdicas y educativas, con el fin de que se conviertan en replicadores de esta información en sus hogares y contribuyan a la disminución del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en el municipio de Valledupar.

3. METODOLOGIA

- Formalizar y realizar la articulación con los actores involucrados informando de la actividad a realizar.
- Realizar el cronograma según el plan de acción para la realización de las intervenciones en las instituciones establecidas.
- Realizar una planeación metodológica de la actividad.
- Ejecutar las actividades descritas en la ficha según cronograma definido.
- Realizar el informe correspondiente al desarrollo de las actividades.

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

Cobertura Educativa: Que alcance a 1,500 estudiantes de diversas instituciones educativas, lo que asegura que la información llegue a un amplio espectro de la población infantil en Valledupar.

Niños y niñas capaces de identificar los riesgos por ETA y que desarrollen hábitos de autocuidado.

5. EJECUCION

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y

distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

ITEM A. ESTRATEGIA "CUIDA LO QUE COMES" "ENTORNO EDUCATIVO". Concertación con las doce (12) instituciones educativas públicas de los micro territorios Barrio 450 años, microterritorio del barrio la Nevada y diferentes comunas del municipio en área urbana, y en área rural en los corregimientos guacoche, guacochito, el alto de la vuelta, los venados y Mariangola para intervenir mediante Orientaciones en salud de acuerdo a la guía para la implementación de la estrategia dirigidas a estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria.

Para la ejecución de las actividades se escogieron las siguientes instituciones educativas:

1. INSTITUCIÓN EDCUATIVA CONSUELO ARAUJO NOGUERA (Micro territorio 450 años)
2. INSTITUCIÓN EDUCATIVA MAYOR DE VALLEDUPAR CESAR POMPEYO MENDOZA HINOJOSA (Micro territorio 450 años)
3. ESCUELA NUEVA EL ALTO DE LA VUELTA
4. ESCUELA RURAL MIXTA DE GUACOCHE
5. ESCUELA RURAL MIXTA DE GUACOCHITO
6. ESCUELA RURAL MIXTA N° 10 LOS VENADOS
7. INTITUCION EDUCATIVA RODOLFO CASTRO CASTRO SEDE JUANA DE ATUESTA MARIANGOLA
8. INSTITUCIÓN EDUCATIVA BELLO HORIZONTE SEDE VILLAYANETH (Micro territorio La nevada)
9. INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA SEDE ESCUELA URBANA MIXTA LA NEVADA (Micro territorio del Barrio la nevada)
10. INSTITUCION EDUCATIVA NACIONAL LOPERENA SEDE CONCENTRACIÓN SANTO DOMINGO (de las diferentes comunas)
11. INSTITUCIÓN EDUCATIVA UPAR SEDE JOSE ANTONIO GALAN (de las diferentes comunas)
12. INSTITUCION EDUCATIVA ENRIQUE PUPO MARTINEZ SEDE E.U.M N° 5 (de las diferentes comunas).

Previo al inicio de las orientaciones se realizó reunión y se enviaron oficios a los directivos (rectores, coordinadores y docentes) de las instituciones educativas para informar sobre las actividades a realizar y concertar las fechas de ejecución en cada una de las instituciones, definiendo los cronogramas a seguir para la ejecución de las orientaciones.

ANEXOS ITEM A:

- Oficios de presentación para la concertación de las actividades.

ITEM B. ESTRATEGIA "CUIDA LO COMES" "ENTORNO EDUCATIVO". Desarrollo de las orientaciones de información en salud de acuerdo a lo establecido en la ficha técnica y el documento de planeación metodológica para la implementación de las actividades dirigidas a estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria, en las instituciones educativas seleccionadas de los micro territorios priorizados barrio la nevada, barrio 450 años y área rural del municipio de Valledupar.

La ejecución de esta estrategia se inició con seis (6) orientaciones de información en salud en el mes de septiembre y se dio continuidad a la ejecución de estas actividades en el mes de **Octubre** con cuatro (4) orientaciones de información en salud en las siguientes instituciones educativas (IE):

1. INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA SEDE ESCUELA URBANA MIXTA LA NEVADA (Micro territorio del Barrio la nevada)
2. INSTITUCION EDUCATIVA NACIONAL LOPERENA SEDE CONCENTRACIÓN SANTO DOMINGO (de las diferentes comunas)
3. INSTITUCIÓN EDUCATIVA UPAR SEDE JOSE ANTONIO GALAN (de las diferentes comunas)
4. INSTITUCION EDUCATIVA ENRIQUE PUPO MARTINEZ SEDE E.U.M N° 5 (de las diferentes comunas).

A continuación se describe el desarrollo de las actividades en cada institución educativa:

1. INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA **SEDE ESCUELA URBANA MIXTA LA NEVADA:**

La actividad se realizó el 4 de Octubre en jornada de la tarde desde las 4:00 p.m hasta las 5:00 p.m con la participación de doscientos sesenta (260) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria.

2. INSTITUCIÓN EDUCATIVA UPAR **SEDE JOSE ANTONIO GALAN**

Orientación realizada el día 21 de octubre contando con la participación de ciento diecinueve (119) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria.

3. INSTITUCION EDUCATIVA ENRIQUE PUPO MARTINEZ **SEDE E.U.M N° 5**

La orientación fue realizada el 22 de Octubre con la participación de trescientos (302) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria.

4. INSTITUCION EDUCATIVA NACIONAL LOPERENA **SEDE CONCENTRACIÓN SANTO DOMINGO:**

La actividad fue realizada el 24 de octubre dirigida a ciento ochenta y dos (182) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° grado de primaria de la sede concentración santo domingo.

Cabe resaltar que por directrices de las instituciones educativas, a los niños no se les permite la recolección de firmas sin la autorización de sus acudientes, por tal motivo cada rector expide una certificación como constancia de su participación en la actividad y anexan el listado de los estudiantes que participaron.

La actividad fue realizada en todas las IE, en el coliseo cubierto de cada institución lo que permitió el desarrollo de la actividad con buena ventilación, iluminación y espacio suficiente para agrupar en una sola orientación a todos los cursos.

En las orientaciones de información en salud, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC inicia las actividades con la presentación del equipo y posteriormente dan a conocer el objetivo de la actividad organizada a través de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES" coordinada entre la secretaria d salud d Valledupar y el Hospital Eduardo Arredondo Daza, dando a conocer el desarrollo de la misma.

En las cuatro (4) orientaciones de información en salud se realizó una actividad educativa siguiendo las directrices de la ficha técnica en sincronía con lo establecido en el documento de la planeación metodológica centrándose en el manejo higiénico de alimentos y la identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos a fin de prevenir la ocurrencia de enfermedades trasmitidas por alimentos.

Las orientaciones se desarrollaron a través de una obra de títeres diseñada para educar a los estudiantes sobre la importancia de la higiene alimentaria y las prácticas saludables. La actividad se llevó a cabo en un ambiente interactivo y lúdico, donde los títeres cobraron vida para contar una historia cautivadora y educativa con conceptos clave sobre la inocuidad alimentaria se abordaron temas como el lavado de manos, la correcta higiene de alimentos y las consecuencias para la salud ante la presencia de una ETA. Los personajes de la obra, cada uno representando diferentes personajes y situaciones relacionadas con la manipulación de alimentos, interactuaron entre sí para ilustrar conceptos clave sobre la inocuidad alimentaria. A través de diálogos divertidos y situaciones cotidianas, se abordaron temas como el lavado de manos, la correcta higiene de alimentos y las consecuencias para la salud ante la presencia de una ETA.

A continuación se describen todas las actividades realizadas:

1. Presentación de una obra de títeres:

Tomas y la ensalada de frutas.

Niño: *¡Mamá, me encantaría comer una ensalada de frutas! ¿Podemos prepararla?*
Mamá: *¡Claro que sí! ¿Por qué no vas al patio a recoger algunas frutas frescas?*

Niño: *¡Perfecto, voy a buscar!*
Niño: *(regresa con unas frutas) ¡Qué suerte tengo de encontrar esta fruta tan limpia y perfecta! ¡Estoy seguro de que está lista para comer!*
Germen: *(con una risa malévola) ¡Oh, ¡qué ventajoso es que no puedas verme! Si pudieras observar cómo está de infectada esta fruta, ¡no pensarías lo mismo!*
Niño: *(mirando la fruta con confianza) ¡Estoy seguro de que no necesito lavarlas, no están tiradas en el piso, lucen lindas y perfectas!*
Germen: *(sonriendo y susurrando hacia el público) ¡Eso crees! Pero sin una buena limpieza, esos gérmenes en la superficie de la fruta pueden causar problemas. Si supieras lo que escondo, ¡no estarías tan contento!*
Niño: *¡Mamá, encontré todas estas frutas deliciosas!*
Mamá: *¡Qué bien! Vamos a prepararlas. Pero antes de que las usemos, es importante lavar bien las frutas.*
(El Germen se acerca a las frutas emocionado, las agarra y las mira con codicia.)
Germen: *(con voz siniestra) ¡Sí! Finalmente, voy a entrar a un cuerpo nuevo y causar muchos problemas. ¡Qué divertido!*
(La Mamá se da cuenta de la presencia del Germen y lo enfrenta, quitándole la fruta de las manos.)
Mamá: *¡Detente, Germen! Antes de que puedas hacer nada, tenemos que hablar sobre la importancia de lavar las frutas.*
Germen: *¡No, no, no! ¡Quiero entrar ya y causar daño!*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Sabes por qué es importante lavar las frutas antes de comerlas?*
(La Mamá invita al público a responder.)
Público: (respuestas variadas, como "Para quitar la suciedad" o "Para eliminar los gérmenes").
Mamá: *¡Exactamente! Lavar las frutas ayuda a eliminar gérmenes, suciedad y pesticidas que podrían estar en ellas.*
Germen: *(molesto) ¡No puede ser! ¡Quieren arruinar mi plan!*
Niño: *(mirando las frutas) ¡Pero mamá, se ven tan limpias! ¿No puedo comer un pedacito sin lavarlas?*
Mamá: *Nooo podrías enfermar, y presentar vómitos, fiebres muy altas, dolores fuertes de estómago y muchas enfermedades más.*
Germen: *eso es lo que más quiero, que todas las personas se enfermen.*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Qué creen que deberíamos hacer primero? ¿Lavar las frutas o lavar nuestras manos?*
(La Mamá espera las respuestas del público.)
Público: *(respuestas variadas, como "Lavar las manos primero").*
Mamá: *¡Muy bien! Primero, siempre debemos lavar nuestras manos antes de tocar la comida. Luego, lavamos bien las frutas para asegurarnos de que estén limpias.*
Germen: *(haciendo una pataleta) ¡No, no, no! ¡No quiero que me detengan!*
(El Germen tira un pequeño berrinche, y hace un espectáculo, llorando y quejándose. Finalmente, sale de escena llorando.)
Niño: *(emocionado) ¡Las frutas están listas y limpias para comer!*
Mamá: *¡Exactamente! Ahora que hemos seguido estos pasos, podemos disfrutar de una deliciosa y segura ensalada de frutas.*
Niño y Mamá: *(se abrazan y empiezan a preparar la ensalada de frutas mientras el público aplaude)*
Germen: *(sale nuevamente y con voz triste) ¡parece que hoy no será mi día!*
Mamá: *(con una sonrisa) ¡No te preocupes, Germen! Siempre podemos asegurarnos de estar limpios y saludable si seguimos las buenas prácticas de higiene.*
Niño: *(se hace del otro lado del Germen) Gracias por ayudarnos a entender por qué es importante lavar las frutas!*
Niño y mamá se despiden alegremente y Germen se despide con una cara muy triste.

2. Se incorporó un elemento dinámico y divertido: un miembro del equipo se disfrazó de bacteria, lo que atrajo la atención de los estudiantes y enriqueció la experiencia. Este disfraz, colorido y llamativo, representó de manera visual y lúdica a las bacterias que pueden afectar la seguridad alimentaria.

El personaje de la bacteria interactuó con los estudiantes, planteando preguntas y situaciones que ilustraron cómo se pueden propagar las infecciones si no se siguen prácticas adecuadas de higiene. A través de este enfoque teatral, los estudiantes pudieron comprender mejor los riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos y la importancia de mantener un ambiente higiénico.

3. Instalación de un stand decorado con frutas y verduras didácticas, para representar la diversidad de alimentos saludables. Este espacio no solo captó la atención de los estudiantes, sino que también sirvió como una herramienta visual para ilustrar la importancia de una alimentación equilibrada.

Además, se dispusieron materiales de higiene, como jabón líquido antibacterial para lavado de manos, toallas de papel para secado, cepillo para limpieza de las uñas que complementaron la ambientación y reforzaron el mensaje sobre las buenas prácticas de higiene. Estos elementos fueron utilizados durante la actividad para mostrar de manera práctica las medidas necesarias que deben seguirse en la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos.

4. Entrega de folletos informativos que contenían contenido clave sobre el manejo higiénico de alimentos y la importancia de la inocuidad alimentaria. Estos folletos fueron diseñados de manera atractiva y accesible, con ilustraciones y lenguaje apropiado para el ciclo de vida infancia, facilitando así la comprensión de los conceptos.

El objetivo principal de la entrega de estos materiales fue fomentar que los estudiantes se convirtieran en replicadores de la información en sus hogares. A través de estos folletos, se buscó empoderar a los jóvenes para que compartieran lo aprendido con sus familias, promoviendo prácticas seguras en la manipulación y preparación de alimentos.

Los folletos incluían consejos prácticos sobre la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, así como recordatorios sobre la importancia de la higiene en cada una de estas etapas. Al finalizar la actividad, se animó a los estudiantes a llevar los folletos a casa y discutir su contenido con sus padres y hermanos, contribuyendo así a la difusión de información vital para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en la comunidad.

5. Actividad evaluativa. Se utilizó un dado didáctico que contenía preguntas relacionadas con los temas aprendidos durante la orientación sobre el manejo higiénico de alimentos. Este recurso lúdico y creativo fomentó la participación activa de los estudiantes, haciendo que el proceso de evaluación fuera dinámico y divertido.

Cada cara del dado presentaba una pregunta específica, que abarcaba aspectos clave de enseñanzas que nos dejó la historia narrada. Al turno de cada estudiante, se lanzaba el dado y se respondía a la pregunta que quedara en la parte superior:

- ¿Qué aprendiste hoy?
- ¿Qué fue lo que más te gustó de la historia?
- ¿Cómo debo lavar mis manos?
- ¿Que nos pueden causar las bacterias?
- ¿Porque es importante lavar los alimentos?

Esto no solo incentivó el aprendizaje colaborativo, sino que también permitió que los estudiantes se ayudaran entre sí al recordar y discutir las respuestas.

6. Demostración práctica del lavado de manos, enfatizando su importancia en la prevención de enfermedades. Los estudiantes fueron dirigidos al punto de lavados de manos de la institución educativa, donde se les enseñó la técnica correcta para lavarse las manos de manera efectiva.

Durante la demostración, se explicó paso a paso la importancia de cada etapa del proceso, desde el enjuague inicial hasta el secado final. Para reforzar este aprendizaje, se colocó un cartel informativo en el área de lavado, que detallaba claramente los pasos a seguir para un lavado de manos correcto. Este cartel, colorido y fácil de leer, sirvió como un recordatorio visual constante para los estudiantes y el personal de la institución.
La actividad no solo permitió a los estudiantes practicar el lavado de manos en un entorno real, sino que también promovió la adopción de esta práctica esencial en su rutina diaria.

Las actividades desarrolladas en las instituciones educativas fueron difundidas en las redes sociales del HEAD en articulación con la secretaria local de salud y la alcaldía de Valledupar.

ANEXOS ITEM B:

- Documento de planeación metodológica.
- Acta de actividades
- Evidencias fotográficas
- Certificados de asistencia
- Listados de estudiantes
- Folletos informativos entregados
- Material publicitario
- Videos

A continuación se describe el consolidado general de participación de la población intervenida donde se evidencia la institución educativa, el número de intervenciones realizadas y el total de los participantes.

IE Educativa Intervenida	Número de intervenciones realizadas	Total de participantes
Escuela Mixta la Nevada	1	260
IE Enrique Pupo Martínez	1	302
IE concentración Santo Domingo	1	182
IE José Antonio Galán	1	119

Cabe resaltar que se desconoce el enfoque diferencial de la población debido a que las instituciones educativas manifiestan que no cuentan con esa información.

CONCLUSIONES

El uso de una obra de títeres y un dado didáctico como herramientas educativas demostró ser una estrategia efectiva para involucrar a los estudiantes, facilitando la asimilación de conceptos clave de manera entretenida y dinámica.

Se evidenció un alto interés entre los estudiantes en compartir lo aprendido con sus familias, lo que sugiere un potencial significativo para replicar las prácticas de higiene alimentaria en el hogar.

La inclusión de materiales visuales, como el cartel sobre el lavado de manos y los folletos informativos, proporcionó un apoyo adicional para el aprendizaje y la retención de la información.

La actividad contribuye a la promoción de hábitos saludables en la comunidad, alineándose con los objetivos de salud pública para reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos en el municipio de Valledupar.

Los resultados y la retroalimentación de la actividad proporcionan una base sólida para diseñar futuras iniciativas de educación en salud, permitiendo la mejora continua y la adaptación a las necesidades de los estudiantes.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

1.2. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Oficios dirigidos a los directivos de las instituciones educativas para la presentación y concertación de las actividades.
- Cronograma de actividades.
- Documento de planeación metodológica.
- Actas de ejecución de cada orientación de información en salud.
- Registro fotográfico.
- Listado de estudiantes.
- Material informativo entregado.
- Videos.
- Material publicitario

Se anexa; Soportes en medio físico relacionado por actividad.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes de Noviembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Olga Yesenia Díaz Celedon Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del. PIC 2024

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

PIC

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

Valledupar, septiembre 13 de 2024

Señor:
GONZALO QUIROZ MARTINEZ
Rector de Colegio Nacional Loperena Sede Santo Domingo
Valledupar-Cesar

Estimado Dr. Quiroz:

Me dirijo a usted con el propósito de solicitar un espacio en las instalaciones de la Sede **Santo Domingo** para llevar a cabo una serie de orientaciones dirigidas a los estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria en el mes de octubre, dos horas preferiblemente en la jornada de la tarde. Estas orientaciones tienen el propósito de fomentar en los niños el habito de autocuidado, lavarse las manos después de cualquier actividad y ser replicadores de la información en sus hogares para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar. Realizado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza, a través del programa Plan de Intervenciones Colectivas -PIC: La dimensión seguridad alimentaria y nutricional. Estrategia "CUIDA LO QUE COMES"

Para llevar a cabo estas orientaciones, es fundamental contar con su apoyo en la coordinación y logística.

Agradecemos de antemano su atención y disposición.

Quedamos atentos a su respuesta y a la concertación para definir los detalles operativos al correo electrónico icalu5@hotmail.com, teléfono 3156000044.

Cordialmente

ISABEL MARIA CALDERON LUQUEZ
Referente de Bacteriologia con énfasis en microbiologia de alimentos
Plan de Intervenciones Colectivas -PIC

Valledupar, septiembre 13 de 2024

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO UPAR
Fecha: 13-Sep-2024
Hora: 17:02.
Mayra Diaz

Señor:
PABLO CELESTINO TORREZ
Rector de la Colegio Tecnico Upar
Valledupar-Cesar

Estimado Dr. Torrez:

Me dirijo a usted con el propósito de solicitar un espacio en las instalaciones para llevar a cabo una serie de orientaciones dirigidas a los estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria en el mes de octubre, dos horas preferiblemente en la jornada de la tarde. Estas orientaciones tienen el propósito de fomentar en los niños el habito de autocuidado, lavarse las manos después de cualquier actividad y ser replicadores de la información en sus hogares para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar. Realizado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza, a través del programa Plan de Intervenciones Colectivas -PIC; La dimensión seguridad alimentaria y nutricional. Estrategia "CUIDA LO QUE COMES"

Para llevar a cabo estas orientaciones, es fundamental contar con su apoyo en la coordinación y logística.

Agradecemos de antemano su atencion y disposición .

Quedamos atentos a su respuesta y a la concertación para definir los detalles operativos al correo electrónico icalu5@hotmail.com, teléfono 3156000044.

Cordialmente

ISABEL MARIA CALDERON LUQUEZ
Referente de Bacteriología con énfasis en microbiología de alimentos
Plan de Intervenciones Colectivas -PIC

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ALCALDIA
DE VALLEDUPAR

Valledupar, septiembre 13 de 2024

Institución Educativa
Enrique Pupo Martinez
Hora: 11:30am.
Día: 2 octubre 2024
Recibido

Señor:
LUIS ARTURO ESCOBAR CARO
Rector de la Colegio Enrique Pupo Martinez
Valledupar-Cesar

Estimado Dr. Escobar:

Me dirijo a usted con el propósito de solicitar un espacio en las instalaciones para llevar a cabo una serie de orientaciones dirigidas a los estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria en el mes de octubre, dos horas preferiblemente en la jornada de la tarde. Estas orientaciones tienen el propósito de fomentar en los niños el habito de autocuidado, lavarse las manos después de cualquier actividad y ser replicadores de la información en sus hogares para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar. Realizado por el Hospital Eduardo Arredondo Daza, a través del programa Plan de Intervenciones Colectivas -PIC; La dimensión seguridad alimentaria y nutricional. Estrategia "CUIDA LO QUE COMES"

Para llevar a cabo estas orientaciones, es fundamental contar con su apoyo en la coordinación y logística.

Agradecemos de antemano su atención y disposición .

Quedamos atentos a su respuesta y a la concertación para definir los detalles operativos al correo electrónico icalu5@hotmail.com, teléfono 3156000044.

Cordialmente

ISABEL MARIA CALDERON LUQUEZ
Referente de Bacteriología con énfasis en microbiología de alimentos
Plan de Intervenciones Colectivas -PIC

CRONOGRAMA ACTIVIDADES PIC HEAD DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL 2024							
ACTIVIDAD	**POBLACION**	**TERRITORIO**		**CANTIDAD POBLACION INTERVENIR**	**CONTACTO**	**FECHA Y HORA DE EJECUCION**	**INSUMOS**
Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.	Niños y Niñas De 2°, 3° Y 4° Grado	Micro territorio Barrio la Nevada	IE Escuela Mixta La Nevada	260 ESTUDIANTES		4 OCTUBRE 4:00 P.M A 5:00 P.M	- Formatos para registro de asistencia. - Pendón araña de seguridad alimentaria. - 1600 Folletos con información sobre el tema. - Material didáctico: Teatrino Dado preguntas Mesa Baner Simuladores de alimentos - Sonido con 3 micrófonos inalámbricos (diadema). - Hidratación (agua)
		Otras comunas	IE José Antonio Galán		**Pablo Celestino**	21 Octubre 4:00 P.M A 5:00 P.M	
			IE Enrique Pupo Martínez	302 estudiantes	**Darwin Jiménez**	22 Octubre 4:00 P.M A 5:00 P.M	
			IE Concentración Santo Domingo	182 estudiantes		24 Octubre 4:00 p.m. a 5:00 p.m.	

PLANEACION METODOLOGICA

RESPONSABLE	LUGAR DE EJECUCION	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHA
Dimensión seguridad alimentaria y nutricional	Instituciones educativas de primaria - IE escuela Mixta la Nevada. - IE concentración Santo Domingo. - IE Enrique Pupo Martínez. - IE José Antonio Galán	Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.	Octubre de 2024

LOGROS:

- Niños y niñas capaces de identificar los riesgos por ETA y que desarrollan hábitos de autocuidado.
- Aumentar el conocimiento sobre higiene alimentaria entre los estudiantes, lo que puede mejorar la salud general de sus familias.

CONTENIDO:

Obra de titeres

Tomas y la ensalada de frutas.

Niño: *¡Mamá, me encantaría comer una ensalada de frutas! ¿Podemos prepararla?*
Mamá: *¡Claro que sí! ¿Por qué no vas al patio a recoger algunas frutas frescas?*
Niño: *¡Perfecto, voy a buscar!*
Niño: *(regresa con unas frutas) ¡Qué suerte tengo de encontrar esta fruta tan limpia y perfecta! ¡Estoy seguro de que está lista para comer!*
Germen: *(con una risa malévola) ¡Oh, ¡qué ventajoso es que no puedas verme! Si pudieras observar cómo está de infectada esta fruta, ¡no pensarías lo mismo!*
Niño: *(mirando la fruta con confianza) ¡Estoy seguro de que no necesito lavarlas, no están tiradas en el piso, lucen lindas y perfectas!*
Germen: *(sonriendo y susurrando hacia el público) ¡Eso crees! Pero sin una buena limpieza, esos gérmenes en la superficie de la fruta pueden causar problemas. Si supieras lo que escondo, ¡no estarías tan contento!*

RECURSOS:

Humanos:
- Estudiantes de 2°, 3° y 4° grado de primaria.
- Equipo dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC- HEAD.
- Docentes.

Materiales:
- Pendón araña
- Folletos con contenido sobre el tema.
- Elementos de higiene personal
- Alimentos didácticos
- Mesa y sillas
- Reproductor de sonido
- Micrófonos
- Teatrino
- Titeres
- Planillas para registro de asistencia.
- Cámara fotográfica.

Niño: *¡Mamá, encontré todas estas frutas deliciosas!* ***Mamá:*** *¡Qué bien! Vamos a prepararlas. Pero antes de que las usemos, es importante lavar bien las frutas.* *(El Germen se acerca a las frutas emocionado, las agarra y las mira con codicia.)* ***Germen:*** *(con voz siniestra) ¡Sí! Finalmente, voy a entrar a un cuerpo nuevo y causar muchos problemas. ¡Qué divertido!* *(La Mamá se da cuenta de la presencia del Germen y lo enfrenta, quitándole la fruta de las manos.)* ***Mamá:*** *¡Detente, Germen! Antes de que puedas hacer nada, tenemos que hablar sobre la importancia de lavar las frutas.* ***Germen:*** *¡No, no, no! ¡Quiero entrar ya y causar daño!* ***Mamá:*** *(dirigiéndose al público) ¿Sabes por qué es importante lavar las frutas antes de comerlas?* *(La Mamá invita al público a responder.)* *Público: (respuestas variadas, como "Para quitar la suciedad" o "Para eliminar los gérmenes").* ***Mamá:*** *¡Exactamente! Lavar las frutas ayuda a eliminar gérmenes, suciedad y pesticidas que podrían estar en ellas.* ***Germen:*** *(molesto) ¡No puede ser! ¡Quieren arruinar mi plan!* ***Niño:*** *(mirando las frutas) ¡Pero mamá, se ven tan limpias! ¿No puedo comer un pedacito sin lavarlas?* ***Mamá:*** *Nooo podrías enfermar, y presentar vómitos, fiebres muy altas, dolores fuertes de estómago y muchas enfermedades más.* ***Germen:*** *eso es lo que más quiero, que todas las personas se enfermen.* ***Mamá:*** *(dirigiéndose al público) ¿Qué creen que deberíamos hacer primero? ¿Lavar las frutas o lavar nuestras manos?* *(La Mamá espera las respuestas del público.)* ***Público:*** *(respuestas variadas, como "Lavar las manos primero").* ***Mamá:*** *¡Muy bien! Primero, siempre debemos lavar nuestras manos antes de tocar la comida. Luego, lavamos bien las frutas para asegurarnos de que estén limpias.* ***Germen:*** *(haciendo una pataleta) ¡No, no, no! ¡No quiero que me detengan!* *(El Germen tira un pequeño berrinche, y hace un espectáculo, llorando y quejándose. Finalmente, sale de escena llorando.)* ***Niño:*** *(emocionado) ¡Las frutas están listas y limpias para comer!* ***Mamá:*** *¡Exactamente! Ahora que hemos seguido estos pasos, podemos disfrutar de una deliciosa y segura ensalada de frutas.* ***Niño y Mamá:*** *(se abrazan y empiezan a preparar la ensalada de frutas mientras el público aplaude)* ***Germen:*** *(sale nuevamente y con voz triste) ¡parece que hoy no será mi día!*	

Mamá: *(con una sonrisa) ¡No te preocupes, Germen! Siempre podemos asegurarnos de estar limpios y saludable si seguimos las buenas prácticas de higiene.* ***Niño:*** *(se hace del otro lado del Germen) Gracias por ayudarnos a entender por qué es importante lavar las frutas! Niño y mamá se despiden alegremente y Germen se despide con una cara muy triste.*	

ESTRATEGIAS DIDACTICAS:

Obra de títeres
Dado didáctico
Representación recreativa de la bacteria.
Simuladores de frutas y verduras
Jabón liquido antibacterial, Toallas de papela

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

Distribución de material educativo (folletos informativos) sobre prevención de ETA.
Enseñanza teórico práctica del lavado de manos.

ESTRATEGIAS DE EVALUACION:

Preguntas con el dado didáctico.

Cada cara del dado presenta una pregunta especifica, que abarca aspectos clave de enseñanzas que nos dejan las historias narradas. Al turno de cada estudiante, se lanza el dado y se responde a la pregunta que queda en la parte superior. Esto no solo incentiva el aprendizaje colaborativo, sino que también permitirá que los estudiantes se ayuden entre sí al recordar y discutir las respuestas.

- ¿Qué aprendiste hoy?
- ¿Qué fue lo que más te gustó de la historia?
- ¿Cómo debo lavar mis manos?
- ¿Que nos pueden causar las bacterias?
- ¿Porque es importante lavar los alimentos?

TIEMPO: 2 horas aproximadamente.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA HIGIENE EN LOS ALIMENTOS?

La higiene en los alimentos es muy importante para evitar enfermedades. Conocer cómo manejar los alimentos de forma segura te ayudará a ti y a tu familia a mantenerse saludables.



PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

DESDE LA GRANJA HASTA TU MESA

Los alimentos pasan por muchos lugares antes de llegar a ti. Es importante que en cada paso se cuiden de forma adecuada.



CONSEJOS

- Lavar bien las frutas y verduras.
- Revisar que los alimentos no estén dañados o podridos.

¿DÓNDE GUARDAR LOS ALIMENTOS?

Al guardar los alimentos de forma correcta, evitarás que se dañen o se contaminen.

CONSEJO

- Guarda los alimentos perecederos en la nevera.
- Mantén los alimentos secos en envases cerrados y en un lugar fresco.



	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional						
LUGAR:	Institución Educativa Técnica la Esperanza Sede Escuela Mixta La Nevada	**FECHA**	4 Octubre de 2024	**HORA INICIO**	4:00 p.m.		
				HORA FINAL	5:00 p.m.		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	**REUNION**	**CONCERTACION**	**CARACTERIZACION**			
	Reunión	**Capacitación**	**Otra/cual:**	Orientación en salud			
TEMA:	Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.						
OBJETIVO:	Promover la comprensión y adopción de prácticas higiénicas en el manejo de alimentos entre estudiantes del ciclo de vida infancia, a través de orientaciones lúdicas y educativas, con el fin de que se conviertan en replicadores de esta información en sus hogares y contribuyan a la disminución del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en el municipio de Valledupar.						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Previo al desarrollo de la actividad, se realizó mediante oficio, la presentación de la actividad a través de la estrategia CUIDA LO QUE COME y así mismo se solicitó la concertación de la actividad con el coordinador de la institución educativa, el Señor Delcides Córdoba Ospino.

La actividad se realizó el 4 de Octubre en jornada de la tarde desde las 4:00 p.m hasta las 5:00 p.m con la participación de doscientos sesenta (260) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria. Cabe resaltar que por directrices de la institución educativa a los niños no se les permite la recolección de firmas sin la autorización de sus acudientes, por tal motivo el rector expide una constancia de su participación en la actividad.
La actividad se centró en el manejo higiénico de alimentos y la identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos a fin de prevenir la ocurrencia de enfermedades trasmitidas por alimentos.

La orientación se desarrolló a través de una obra de títeres diseñada para educar a los estudiantes sobre la importancia de la higiene alimentaria y las prácticas saludables. La actividad se llevó a cabo en un ambiente interactivo y lúdico, donde los títeres cobraron vida para contar una historia cautivadora y educativa.

Los personajes de la obra, cada uno representando diferentes personajes y situaciones relacionadas con la manipulación de alimentos, interactuaron entre sí para ilustrar conceptos clave sobre la inocuidad alimentaria. A través de diálogos divertidos y situaciones cotidianas, se abordaron temas como el lavado de manos, la correcta higiene de alimentos y las consecuencias para la salud ante la presencia de una ETA.

A continuación de describe el guion de la obra de títeres presentada:

Tomas y la ensalada de frutas.

Niño: *¡Mamá, me encantaría comer una ensalada de frutas! ¿Podemos prepararla?*
Mamá: *¡Claro que sí! ¿Por qué no vas al patio a recoger algunas frutas frescas?*
Niño: *¡Perfecto, voy a buscar!*
Niño: *(regresa con unas frutas) ¡Qué suerte tengo de encontrar esta fruta tan limpia y perfecta! ¡Estoy seguro de que está lista para comer!*
Germen: *(con una risa malévola) ¡Oh, ¡qué ventajoso es que no puedas verme! Si pudieras observar cómo está de infectada esta fruta, ¡no pensarías lo mismo!*
Niño: *(mirando la fruta con confianza) ¡Estoy seguro de que no necesito lavarlas, no están tiradas en el piso, lucen lindas y perfectas!*
Germen: *(sonriendo y susurrando hacia el público) ¡Eso crees! Pero sin una buena limpieza, esos gérmenes en la superficie de la fruta pueden causar problemas. Si supieras lo que escondo, ¡no estarías tan contento!*
Niño: *¡Mamá, encontré todas estas frutas deliciosas!*
Mamá: *¡Qué bien! Vamos a prepararlas. Pero antes de que las usemos, es importante lavar bien las frutas.*
(El Germen se acerca a las frutas emocionado, las agarra y las mira con codicia.)
Germen: *(con voz siniestra) ¡Sí! Finalmente, voy a entrar a un cuerpo nuevo y causar muchos problemas. ¡Qué divertido!*
(La Mamá se da cuenta de la presencia del Germen y lo enfrenta, quitándole la fruta de las manos.)
Mamá: *¡Detente, Germen! Antes de que puedas hacer nada, tenemos que hablar sobre la importancia de lavar las frutas.*
Germen: *¡No, no, no! ¡Quiero entrar ya y causar daño!*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Sabes por qué es importante lavar las frutas antes de comerlas?*
(La Mamá invita al público a responder.)
Público: (respuestas variadas, como "Para quitar la suciedad" o "Para eliminar los gérmenes").
Mamá: *¡Exactamente! Lavar las frutas ayuda a eliminar gérmenes, suciedad y pesticidas que podrían estar en ellas.*
Germen: *(molesto) ¡No puede ser! ¡Quieren arruinar mi plan!*
Niño: *(mirando las frutas) ¡Pero mamá, se ven tan limpias! ¿No puedo comer un pedacito sin lavarlas?*
Mamá: *Nooo podrías enfermar, y presentar vómitos, fiebres muy altas, dolores fuertes de estómago y muchas enfermedades más.*
Germen: *eso es lo que más quiero, que todas las personas se enfermen.*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Qué creen que deberíamos hacer primero? ¿Lavar las frutas o lavar nuestras manos?*
(La Mamá espera las respuestas del público.)
Público: *(respuestas variadas, como "Lavar las manos primero").*
Mamá: *¡Muy bien! Primero, siempre debemos lavar nuestras manos antes de tocar la comida. Luego, lavamos bien las frutas para asegurarnos de que estén limpias.*
Germen: *(haciendo una pataleta) ¡No, no, no! ¡No quiero que me detengan!*
(El Germen tira un pequeño berrinche, y hace un espectáculo, llorando y quejándose. Finalmente, sale de escena llorando.)
Niño: *(emocionado) ¡Las frutas están listas y limpias para comer!*
Mamá: *¡Exactamente! Ahora que hemos seguido estos pasos, podemos disfrutar de una deliciosa y segura ensalada de frutas.*
Niño y Mamá: *(se abrazan y empiezan a preparar la ensalada de frutas mientras el público aplaude)*
Germen: *(sale nuevamente y con voz triste) ¡parece que hoy no será mi día!*
Mamá: *(con una sonrisa) ¡No te preocupes, Germen! Siempre podemos asegurarnos de estar limpios y saludable si seguimos las buenas prácticas de higiene.*
Niño: *(se hace del otro lado del Germen) Gracias por ayudarnos a entender por qué es importante lavar las frutas!*
Niño y mamá se despiden alegremente y Germen se despide con una cara muy triste.

La presentación fue altamente participativa, animando a los estudiantes a involucrarse, hacer preguntas y reflexionar sobre lo que estaban aprendiendo. Los títeres no solo entretenían, sino que también servían

como herramientas pedagógicas efectivas para transmitir mensajes importantes de manera accesible y memorable.

Al final de la obra, se llevó a cabo una breve discusión para reforzar los conceptos presentados, y se proporcionaron folletos informativos para que los estudiantes pudieran llevar a casa y compartir con sus familias. Esta actividad no solo fomentó el aprendizaje de manera divertida, sino que también contribuyó a crear conciencia sobre la salud y la higiene alimentaria en la comunidad escolar.

Durante la orientación se incorporó un elemento dinámico y divertido: un miembro del equipo se disfrazó de bacteria, lo que atrajo la atención de los estudiantes y enriqueció la experiencia. Este disfraz, colorido y llamativo, representó de manera visual y lúdica a las bacterias que pueden afectar la seguridad alimentaria.

El personaje de la bacteria interactuó con los estudiantes, planteando preguntas y situaciones que ilustraron cómo se pueden propagar las infecciones si no se siguen prácticas adecuadas de higiene. A través de este enfoque teatral, los estudiantes pudieron comprender mejor los riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos y la importancia de mantener un ambiente higiénico.

Esta representación no solo hizo que la orientación fuera más amena y entretenida, sino que también facilitó la asimilación de conceptos clave sobre la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos. Al final de la actividad, los estudiantes no solo recordaron la historia, sino también la "lección" impartida por la bacteria, convirtiéndose en embajadores de la higiene alimentaria en sus hogares.

Para crear un ambiente atractivo y educativo, durante la intervención se instaló un stand decorado con frutas y verduras artificiales, para representar la diversidad de alimentos saludables. Este espacio no solo captó la atención de los estudiantes, sino que también sirvió como una herramienta visual para ilustrar la importancia de una alimentación equilibrada.

Además, se dispusieron materiales de higiene, como jabón líquido para lavado de manos, toallas de papel para secado, cepillo para limpieza de las uñas que complementaron la ambientación y reforzaron el mensaje sobre las buenas prácticas de higiene. Estos elementos fueron utilizados durante la actividad para mostrar de manera práctica las medidas necesarias que deben seguirse en la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos.

El stand no solo funcionó como un punto focal para la actividad, sino que también facilitó la interacción de los estudiantes con los conceptos presentados en la obra. A través de esta ambientación, se buscó involucrar a los jóvenes de manera lúdica y significativa, motivándolos a adoptar hábitos saludables que pudieran replicar en sus hogares.

Como parte de la actividad, se entregaron folletos informativos que contenían contenido clave sobre el manejo higiénico de alimentos y la importancia de la inocuidad alimentaria. Estos folletos fueron diseñados de manera atractiva y accesible, con ilustraciones y lenguaje apropiado para el ciclo de vida infancia, facilitando así la comprensión de los conceptos.

El objetivo principal de la entrega de estos materiales fue fomentar que los estudiantes se convirtieran en replicadores de la información en sus hogares. A través de estos folletos, se buscó empoderar a los

jóvenes para que compartieran lo aprendido con sus familias, promoviendo prácticas seguras en la manipulación y preparación de alimentos.

Los folletos incluían consejos prácticos sobre la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, así como recordatorios sobre la importancia de la higiene en cada una de estas etapas. Al finalizar la actividad, se animó a los estudiantes a llevar los folletos a casa y discutir su contenido con sus padres y hermanos, contribuyendo así a la difusión de información vital para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en la comunidad.

Como actividad evaluativa, se utilizó un dado didáctico que contenía preguntas relacionadas con los temas aprendidos durante la orientación sobre el manejo higiénico de alimentos. Este recurso lúdico y creativo fomentó la participación activa de los estudiantes, haciendo que el proceso de evaluación fuera dinámico y divertido.

Cada cara del dado presentaba una pregunta específica, que abarcaba aspectos clave de enseñanzas que nos dejó la historia narrada. Al turno de cada estudiante, se lanzaba el dado y se respondía a la pregunta que quedara en la parte superior:

- ¿Qué aprendiste hoy?
- ¿Qué fue lo que más te gustó de la historia?
- ¿Cómo debo lavar mis manos?
- ¿Que nos pueden causar las bacterias?
- ¿Porque es importante lavar los alimentos?

Esto no solo incentivó el aprendizaje colaborativo, sino que también permitió que los estudiantes se ayudaran entre sí al recordar y discutir las respuestas.

Esta metodología de evaluación ayudó a reforzar el conocimiento adquirido de una manera interactiva, y los estudiantes mostraron entusiasmo al participar, lo que contribuyó a consolidar la información en su memoria.

Al finalizar la actividad, se realizó una demostración práctica del lavado de manos, enfatizando su importancia en la prevención de enfermedades. Los estudiantes fueron dirigidos al punto de lavados de manos de la institución educativa, donde se les enseñó la técnica correcta para lavarse las manos de manera efectiva.

Durante la demostración, se explicó paso a paso la importancia de cada etapa del proceso, desde el enjuague inicial hasta el secado final. Para reforzar este aprendizaje, se colocó un cartel informativo en el área de lavado, que detallaba claramente los pasos a seguir para un lavado de manos correcto. Este cartel, colorido y fácil de leer, sirvió como un recordatorio visual constante para los estudiantes y el personal de la institución. Cabe resaltar que en la institución educativa

La actividad no solo permitió a los estudiantes practicar el lavado de manos en un entorno real, sino que también promovió la adopción de esta práctica esencial en su rutina diaria.

Al incorporar esta experiencia práctica, se buscó garantizar que los jóvenes comprendieran la relevancia de la higiene en la prevención de enfermedades, alentándolos a aplicar lo aprendido en sus hogares y comunidades.

Resultados Esperados

- **Concienciación**: Aumentar la conciencia entre los estudiantes sobre la importancia del manejo higiénico de alimentos.
- **Replicación**: Fomentar que los estudiantes se conviertan en replicadores de la información en sus hogares, transmitiendo lo aprendido a sus familias para disminuir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).
- **Compromiso Comunitario**: Generar un compromiso entre los estudiantes para adoptar prácticas higiénicas en su entorno cotidiano.

Conclusiones

Se evidenció un alto interés entre los estudiantes en compartir lo aprendido con sus familias, lo que sugiere un potencial significativo para replicar las prácticas de higiene alimentaria en el hogar.

La actividad contribuye a la promoción de hábitos saludables en la comunidad, alineándose con los objetivos de salud pública para reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos en el municipio de Valledupar.

El uso de una obra de títeres y un dado didáctico como herramientas educativas demostró ser una estrategia efectiva para involucrar a los estudiantes, facilitando la asimilación de conceptos clave de manera entretenida y dinámica.

La inclusión de materiales visuales, como el cartel sobre el lavado de manos y los folletos informativos, proporcionó un apoyo adicional para el aprendizaje y la retención de la información.

Los resultados y la retroalimentación de la actividad proporcionan una base sólida para diseñar futuras iniciativas de educación en salud, permitiendo la mejora continua y la adaptación a las necesidades de los estudiantes.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Compartir los conocimientos adquiridos con sus familias, convirtiéndose en promotores de la higiene alimentaria en sus hogares.	Estudiantes	Permanente
2.	Informar a otros compañeros y amigos sobre la importancia del manejo higiénico de alimentos,	Estudiantes	Permanente

	promoviendo una cultura de salud en su comunidad.		
3.	Participar en futuras capacitaciones y actividades educativas relacionadas con la salud y la nutrición.	IE Escuela Mixta la Nevada	2025

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Escuela Mixta La Nevada- Prevención de ETA, 4 Octubre 2024 grados 2°, 3° y 4° de primaria









REGISTRO FOTOGRAFICO
Escuela Mixta La Nevada - Prevención de ETA, 25 septiembre 2024 grados 2°,3°y 4°





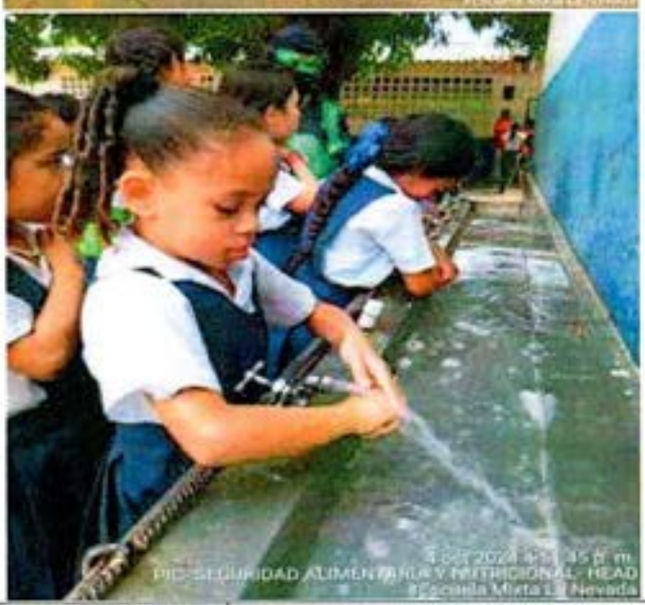




REGISTRO FOTOGRAFICO
Escuela Mixta La Nevada- Prevención de ETA, Octubre 2024 grados 2°, 3° y 4°









ANEXOS:	Oficio de concertación, Certificación de asistencia, Listados de estudiantes, material informativo entregado, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Díaz Celedón.	
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Celedón	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Harold Ucha F	91426905	
	Isabel calderon luqu	49.787.994	

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA LA ESPERANZA
Aprobado mediante resolución N° 000953 del 30 de Noviembre del 2021
Dane N° 120001068194 – NIT 824001487-7

EL RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICA LA ESPERANZA

HACE CONSTAR:

Que se realizó en esta institución una actividad lúdica y pedagógica basada en orientaciones de información en salud en el manejo higiénico de alimentos, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación. Actividad desarrollada por el Hospital Eduardo Arredondo Daza y la Alcaldía Municipal de Valledupar, en la cual participaron 260 estudiantes de los grados segundo (2°), tercero (3°) y cuarto (4°) de Educación Básica primaria de la sede Anexa jornada de la tarde.

NOTA: El listado no presenta la firma de los estudiantes que participaron en la actividad, debido a que no pueden hacer este proceso sin la debida autorización de su acudiente y/o representante.

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada, en Valledupar, a los 22 días del mes de octubre del 2024.

Atentamente,

OSCAR JAMIR ORTEGA BOLÍVAR
CC: 73.074.685 de Cartagena
Rector

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 2 - Grupo: 1SLNT

Director(a) de Grupo: KAREN NOHEMI RIVERA RAMIREZ

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1065845611	Almanza Coley	Yazer David													
2		1235338410	Almanza Martinez	Luis Mario													
3		1046346581	Arevalo Cortes	Keilys Patricia													
4		1067633857	Arias Vargas	Ahmed Zaid													
5		1067633021	Avila Muñoz	Johan David													
6		1067632142	Bohorquez Baute	Jhoswall Andres													
7		1067631910	Contreras Ballesta	Salome													
8		1042459483	Fernandez Castro	Denyerbeth Enrique													
9		4968952	Figueroa Lopez	Dayisbeth Daniela													
10		1065891860	Garizao Gonzalez	Jhon Fredy													
11		N64254706950	Gonzalez Colina	Alfredo David													
12		1066890488	Gutierrez Hernandez	Sharoll Michell													
13		1235338540	Gutierrez Rocha	Liceth Madenis													
14		1066891330	Hernandez Lobo	Thiago Nell													
15		1137729074	Herrera Salcedo	Alice													
16		10676322576	Jimenez Oviedo	Dainer David													
17		6762727	Labarca Ferrer	Edriangelis Paola													
18		1066889884	Mendis Meza	David Jose													
19		1137726602	Mendoza Sierra	Valery Vanessa													
20		1066890372	Monte Salcedo	Melani Sofia													
21		1122415177	Muñiz Mejia	Laura Michell													
22		N64256415924	Oquendo Quintero	Cristian Daniel													
23		1065839704	Pacheco Ospino	Angel Matias													
24		1043187732	Padilla Macias	Isabel Sofia													
25		8298342	Parra Perez	Yuliana Estefani													
26		1067634293	Peñaloza Leyes	Zaell David													
27		6475729	Perez Pereira	Irimar Del Carmen													
28		1065854523	Reyes Bustos	Marielys Sofia													
29		9706157	Rincon Garcia	Alejandro Jose													
30		6013603	Rivero Gonzalez	Yoskailys Alexandra													
31		1235338504	Seña Serpa	Bleydis Del Carmen													
32		1065832880	Taborda Miranda	Mateo													
33		1235338203	Ustariz Rodrigue	Andrea Sofia													
34		1066888412	Vargas Cabarca	Yonathan De Jesus													
35		1066890303	Vasquez Galvis	Abigail													
36		N64255609940	Vera Gonzalez	Jaiskarys Valentina													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 2 - Grupo: 2SLNT

Director(a) de Grupo: vitelma silva alvarez

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1067632832	Amador Perez	Abigail													
2		1106636572	Barrantes Rojas	Jhonathan Exneider													
3		N64255833671	Bermudez Delgado	Roiner Gabriel													
4		9167960	Bucobo Borges	Johanel David													
5		1066889031	Cadena Mendoza	Salome Sofia													
6		1143268302	Caro Machado	Mariana Thalia													
7		1235341200	De La Hoz Linares	Isaac Alejandro													
8		1214470468	Evertz Ruidiaz	Jeannelys De Los Angeles													
9		6050003	Gamerol Zambrano	Kamila Victoria													
10		1032513009	Gomez Marin	Anderlis Marin													
11		1235339316	Hernandez Guerra	Daniela Miceel													
12		1066293709	Hernandez Niebles	Breilin Michell													
13		1137727682	Lobato Torres	Sergio Luis													
14		1235338575	Lopez Arrieta	Isabela													
15		1065675522	Lopez Delgado	Abraham David													
16		5972713	Marquez Luengo	Ronal David													
17		1063968036	Medina Paba	Keinys Isabel													
18		1122415907	Montero Mejia	Karol Sofia													
19		1235338331	Muñoz Medina	Geiner Daniel													
20		1120860984	Perez Carrillo	Dilan Jose													
21		1103756828	Perez Romero	Juliana Andrea													
22		1067628804	Plata Romero	Alejandro													
23		1067631382	Rada Barraza	Islam Gabriel													
24		1067634938	Rangel Tarifa	Mariangel													
25		6455114	Rengifo Hernandez	Eliannis Nicole													
26		1067634257	Rincones Montero	Daniel Alejandro													
27		1066890518	Rojas Quintero	Nathalia Ximena													
28		1011247954	Sampayo Garrido	Iam Rafael													
29		6877873	Suarez Cardozo	Elimar Paola													
30		1137728153	Tapia Borrego	Adriana Lucia													
31		6273209	Velasquez Leal	Danyer Jesus													
32		1216977463	Zambrano Acosta	Julio Cesar													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 2 - Grupo: 3SLNT

Director(a) de Grupo: Edna Luz Daza Maestre

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1137727194	Arrieta Rodriguez	Ines Maria													
2		1235338499	Ballena Caraballo	Gahel David													
3		8227584	Butron Jimenez	Yasckeilin Valentina													
4		1201250688	Cabarcas Martinez	Gelen Sofia													
5		1235338358	Camargo Oviedo	Maria Fernanda													
6		1065848099	Cantillo Mejia	Luciana Sofia													
7		1235338777	Celedon Maestre	Alan Jose													
8		1235338710	Cuello San Martin	Maria Jose													
9		1065847897	De Armas Boscan	Reyi Junior													
10		1235339366	Estrada Alvarez	Dulce Maria													
11		1137728961	Guerra Menco	Paula Andrea													
12		5658285	Hernandez Fuentes	Samuel Reinier													
13		1137879078	Herrera Franco	Abigail													
14		7518689	Lopez Leonis	Luis Daniel													
15		1235339345	Maestre Morales	Ana Lucia													
16		1048875152	Manotas Perez	Valey Lorena													
17		1235340099	Martinez Hernandez	Yulieth Paola													
18		1235338175	Mendoza Pedroza	Mileidys Sofia													
19		1066890807	Mendoza Rodriguez	Elian David													
20		1235339256	Muñoz Gomez	Rafael Andres													
21		1065845924	Muñoz Vega	Evelin Saray													
22		1067628395	Peñaloza Marriaga	Jhon Janer													
23		5402738	Pirela Cardozo	Jariangel Chinquiquira													
24		1067629887	Pumarejo Rojas	Wendy Sofia													
25		1137877226	Ricardo Cervantes	Dilan Jose													
26		1137876854	Rios Meza	Mathias Santhiago													
27		5654928	Rivero Conde	Sara Aranza													
28		1066294628	Saballe Ochoa	Duvys Marcela													
29		1092005623	Salas Mora	Aldair Andres													
30		1063599297	Torres Quintero	Sheyryth Andrea													
31		1065136886	Trullol Mercado	Emanuel Enrique													
32		1065846530	Villa Vera	Jesus Mathiw													
33		1235339183	Viloria Gonzalez	Liceth Lohanna													
34		1216973096	Zambrano Beleño	Manuel David													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 2 - Grupo: 4SLNT

Director(a) de Grupo: Edilma Cielo Tigreros Bernal

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1081932540	Acosta Gonzalez	Mathias													
2		7438771	Ardila Barrera	Angel Fernando													
3		1205965619	Arroyo Muñoz	Samuel De Jesus													
4		1065850550	Bermudez Tudare	Ronyelis Alejandra													
5		6665426	Bozo Roa	Jesus Aberto													
6		6666128	Bozo Roa	Santiago Mathias													
7		6619091	Bracho Montero	Wilmaris Milagros													
8		1044000559	Bravo Barraza	Dilan Andres													
9		N64256789188	Casares Colina	Antonio Jose													
10		1048405446	Correa Ramos	Santiago Andres													
11		1070023915	Diaz Mejias	Oscar Alfredo													
12		1128170592	Escobar Suarez	Stefania													
13		1065840475	Florez Ayala	Kryss Angel													
14		1148705629	Florez Tapias	Alejandro David													
15		1066890288	Garcia Lastre	Leah Marcela													
16		N64255078865	Gonzalez Rojas	Jose Alberto													
17		1065833138	Gonzalez Sandoval	Milan Alfonso													
18		1066888628	Gutierrez Cadena	Sheidi Yoana													
19		1066890339	Hernandez Rangel	Thaliana Sofia													
20		1064803929	Leones Bustamante	Maria Sofia													
21		1063969625	Madera Molina	Samuel David													
22		1066001029	Maldonado Arrieta	Sthefanny Brillith													
23		1066356786	Martinez Mendez	Jhosy Stivent													
24		1137726735	Martinez Ramirez	Deimer David													
25		1081932460	Medina Zurita	Josue Manuel													
26		1065840299	Mejia Bocanegra	Jefrith Jesith													
27		1065834906	Mejia Montero	Carlos Andres													
28		123538610	Navarro Valencia	Milybeth													
29		1066890584	Orozco Medina	Jairo Manuel													
30		1048662611	Palmera Rivera	Luis Daniel													
31		1065840334	Ramos Mier	Sergio Luis													
32		1137127970	Rangel Junior	Jossie Esteban													
33		1067626587	Rodriguez Ahumada	Melany Saray													
34		1137727012	Salgado Yanez	Matias Jose													
35		1067630369	Villarreal Palomino	Angie Carolina													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 2 - Grupo: 5SLNT
Director(a) de Grupo: JAMES DODINO RINCON
Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1066888130	Acosta Cueto	Angel Caleb													
2		1066888754	Aguirre Nieves	Sharith													
3		1067631050	Ahumada Barragan	Angela Lucia													
4		1066887484	Arrieta Orellano	Dylan Joseph													
5		1065848459	Ascanio Mejia	Kleiber Yesith													
6		1065850551	Bermudez Tudare	Ronyel Alejandro													
7		1137728695	Blanco Vasquez	Shariana Vanessa													
8		1065848273	Calvo Escobar	Brunisabel													
9		N64256584997	Cardozo Cardozo	Brenda Victoria													
10		1067631381	Castilla Villafañe	Katrinalieth													
11		1066885909	Garizao Rodriguez	Keiner Yesith													
12		1093606500	Gomez Valle	Angel Damian													
13		5321325	Gonzalez Yannuzzi	Thiago Andres													
14		8786526	Hernandez Cambar	Anglenis Sofia													
15		1065846669	Herrera Nava	Yohangel Andres													
16		6158372	Jimenez Machado	Jesus Manuel													
17		77020035	Jimenez Machado	Maritza De Los Angeles													
18		1137787672	Leiva Jimenez	Anyilis Paola													
19		1137878558	Lopez Misal	Samir Santiago													
20		1137726567	Maestre Mendoza	Evelyn Sofia													
21		1235338050	Martinez Pabon	Dulce Maria													
22		7421156	Medina Sanchez	Aldaiver Isaac													
23		1064802504	Mercado Sierra	Rafael													
24		1066889934	Meza Chamorro	Thalia Alejandra													
25		1235338399	Molina Rizo	Jhostyn Smith													
26		1235340063	Obeso Acosta	Miguel Angel													
27		1137727742	Orozco San Martin	Rafael Angel													
28		1066888426	Ortiz Blanco	Aura Marcela													
29		1127661994	Pabon Rojas	Uneiber Josue													
30		1137726666	Paternina Ortiz	Emiliano Antonio													
31		6527235	Petit Vilchez	Frysher Alberto													
32		N64256506610	Primera Cassihani	Aranza Sofia													
33		1066883866	Quintana Yepez	Elisa Liceth													
34		6892001	Sierra Alonso	Fabian Jose													
35		667700	Suarez Cardozo	Victoria Gisela													
36		1235338307	Vergara Arrieta	Hellen Sofia													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 3 - Grupo: 1SLNT

Director(a) de Grupo: Maria Inelda Ochoa Jimenez

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1065346580	Arevalo Cortes	Kevin Alejandro													
2		27405833	Arroy Mora	Emmanuel Jose													
3		1067037743	Arroyo Montes	Mayerlis Valentina													
4		1066889770	Cantillo Gutierrez	Luisangel													
5		7710686	Cardenas Julio	Nikol Valentina													
6		1065673059	Carriazo Nuñez	Lilia Esther													
7		1065844622	De Armas Iriartes	Hetziba Victoria													
8		1221970227	De La Cruz Morron	Jesus David													
9		1066889413	Fernandez Rivera	Carlos Arturo													
10		1137876294	Fonseca Fonseca	Thiago													
11		1067626528	Fuentes Fonseca	Wendy Paola													
12		1065836056	Gomez Madrid	Liney Valentina													
13		N64254939465	Gonzales Colina	Rosbelys Dayany													
14		1066292499	Gonzalez Contreras	Jean Carlos													
15		1065821814	Hernandez Navarro	Melany Sofia													
16		1065817860	Jaramillo Gomez	Jesus Daniel													
17		1065840241	Lopez Rodelo	Feliainis Carolina													
18		1063967057	Madera Molina	Shaira Sofia													
19		1068390986	Mejia Ortiz	Lorenzo													
20		1065825466	Mercado Sierra	Adriana Mishell													
21		N64244708041	Mojica Florez	Cristhian Daniel													
22		1065847710	Morillo Garcia	Genesis Valentina													
23		1065837063	Moscote Arroyo	Aisha													
24		1235338772	Moscote De La Hoz	Santiago De Jesus													
25		1067631815	Muentes Urquijo	Gabriela													
26		1066886269	Muñoz Coley	Victor Manuel													
27		1066293271	Ochoa Medina	Isela Sofia													
28		1065820214	Pacheco Ospino	Laura Lucia													
29		1067626530	Palomino Miranda	Jenifer Sofia													
30		1023964860	Rangel Salgado	Luis Angel													
31		1149448616	Reyes Gonzalez	Keila Katerine													
32		1137876196	Rojas Ortega	Maria Camila													
33		N64254939887	Rosillo Barrios	Elisaul Santiago													
34		137726939	Salgado Maldonado	Samuel David													
35		1221974688	Sarmiento Tafur	Yafel Lain													
36		1067620698	Yepes Marin	Maria Isabel													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 3 - Grupo: 2SLNT

Director(a) de Grupo: Dullis Yadira Jaime Galvis

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		N64256504026	Alvarado Alvarado	Daniela Margarita													
2		1067628391	Amador Moreno	Andres Felipe													
3		1065809789	Amaya Cerpa	Jose Angel													
4		1064724149	Arceo Florez	Angelis													
5		1065838226	Arrieta Paternina	Junior Santiago													
6		1235338416	Arroyo Arroyo	Juan Josseth													
7		1063727732	Arteaga Argote	Maria Victoria													
8		1137876134	Beltran Rojas	Mariana													
9		1120752166	Bula Fernandez	Juan Jose													
10		5918762	Carpio Gonzalez	Yipsy Valentina													
11		1079938887	Castro Guerra	Ivan David													
12		1067629838	De La Cruz Matta	Camilo Andres													
13		1066888103	Delgado Gutierrez	Angel De Jesus													
14		8784162	Duartes Villamizar	Jaibelys Micehll													
15		1065844852	Gamarra Castro	Oriana													
16		1137727759	Guerrero Lopez	Roberto Jose													
17		1066885638	Jaimes Vega	Moises De Jesus													
18		1067627404	Lascarro Oñate	Samuel David													
19		1067632475	Lastra Rojas	Luis Alejandro													
20		1137675887	Leiva Jimenez	Jaider Jose													
21		1066884864	Martinez Moreno	Neimar Andres													
22		1066293581	Martinez Orozco	Sherman David													
23		1067631434	Martinez Sanchez	Malevis Sanith													
24		8767828	Mendez Osuna	Rosmary Sofia													
25		1065828910	Mendoza Lambraño	Salome													
26		7474709	Morales Mora	Yoalberth Alejandro													
27		1065828290	Moreno Fonseca	Stiben David													
28		1137724958	Palacio Esquea	Jose David													
29		5882940	Palmar Gonzalez	Isaac David													
30		5952481	Perez Melendez	Jahaziel Daniel													
31		1066890767	Reales Hernandez	Yosed David													
32		1065817766	Remon Quintero	Nayleth Daniela													
33		1066295582	Rueda Triana	Jhonatan David													
34		1066000723	Sanez Barros	Luis Angel													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 3 - Grupo: 3SLNT

Director(a) de Grupo: Esther Marina Rios Nieto

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1065833657	Acosta Mieles	German David													
2		N64256738766	Alvarado Jimenez	Dari Luis													
3		1081835218	Arrieta Santana	Jeeison Jose													
4		1235338277	Beleño Ganen	Maryori Zoe													
5		N64256499368	Bracho Balza	Winderlis Alexandra													
6		1066885636	Cantillo Centeno	Melanis Yiceth													
7		1067624377	Catalan Carrillo	Ana Isabel													
8		N64226574535	Chaparro Atencio	Isaias David													
9		5760372	Charris Prieto	Aranza Sofia													
10		1066889655	Escobar Ospino	Andrea Salome													
11		1052527355	Esquea Padilla	Nerlis Esther													
12		1065835284	Esquea Uriana	Yerlis Yuliana													
13		10666296431	Garcia Torres	Jose Matias													
14		1067628745	Garizao Gonzalez	Jeidrys Marcela													
15		1137727668	Hernandez Romero	Jeancarlos													
16		1065853265	Leon Aguilar	Kevin Daniel													
17		1043022063	Leones Nieves	Luz Maria													
18		1065839676	Lobo Torregroza	Jeiner David													
19		1137726181	Martinez Caro	Luis Miguel													
20		1065832375	Medina Otalora	Valentina													
21		1066295394	Mejia Jimenez	Josue David													
22		1137727488	Meza Pumarejo	Viviana Sofia													
23		1065820972	Molina Rizo	Taliana Sharith													
24		1067631988	Muñoz Coley	Daniel Alejandro													
25		N64255633821	Nava Gonzales	Neiskarys Alexandra													
26		N64256180536	Nava Rodriguez	Josue De Jesus													
27		1063495475	Pabon Mejia	Dayoiris													
28		1067630528	Palomino Ruiz	Samuel David													
29		1067630236	Peñaloza Leyes	Sharoll Mishell													
30		1065841579	Perez Leon	Natalia Patricia													
31		1137727245	Plata Rojas	Luis Felipe													
32		1126427647	Quijano Rodriguez	Zyan David													
33		1066294931	Rios Daza	David Jose													
34		1066296388	Romero Lopez	Hodasa													
35		1066889409	Vides Beltran	Keiner Ivan													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 3 - Grupo: 4SLNT

Director(a) de Grupo: RONALD ALBERTO RODRIGUEZ PEREZ

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		6799055	Alvarez Palencia	Derek Junior													
2		1122820129	Cerchar Chamorro	Yoselin Michell													
3		N64226574830	Chaparro Atencio	Jesus David													
4		1066888753	Contreras Torres	Jose Santiago													
5		1137875734	Cortes Lobo	Santiago Andres													
6		1066888425	Daza Cantillo	Sharith Paola													
7		1066294842	De La Hoz Maestre	Rafael Max													
8		N64256533519	Fayola Viloria	Kleiber Alexander													
9		1235338159	Ferrari Cespedes	Daniel Enrique													
10		6354489	Ferrer Ramirez	Junior Smith													
11		N64255845824	Gomez Marin	Alianny Sofia													
12		1066889508	Haydar Palacio	Romario Jose													
13		1067630068	Hernandez Niño	Jose Bariel													
14		6158322	Jimenez Machado	Jonathan Jesus													
15		6030400	Lopez Vasquez	Dairelis Marine													
16		1065823522	Mendis Meza	Mauro Jose													
17		1066888601	Muñoz Fuentes	Dilan Smith													
18		1065832499	Pineda Mejia	Neymar Andres													
19		1067622869	Plata Romero	Yolner David													
20		1066885599	Quintero Silva	Maisli Liceth													
21		1065831710	Quiroz Ospino	Jhon Freddis													
22		1066889810	Rangel Robles	Adamaris Patricia													
23		1137727540	Rios Marmol	Wendy Dayana													
24		1066889715	Rivera Guerra	Luifer Daniel													
25		1067625411	Rivero Mendoza	Mathias Davie													
26		1067627621	Rodriguez Rico	Natali Elena													
27		1067626520	Torres Viloria	Juan Camilo													
28		N64256506797	Viloria Portillo	Renzo Dali													
29		1067630988	Vizcaino Bolaño	Ana Sofia													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 3 - Grupo: 5SLNT

Director(a) de Grupo: ALBA LUCIA BAENA MORON

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1066888904	Altamar Villalobo	Andres Felipe													
2		1068389784	Alvarez Alehortua	Mariluz													
3		1216966830	Arroyo Rico	Erik Jose													
4		1067628376	Ascanio Mejia	Kleymer Yesith													
5		1107985467	Barrantes Rojas	Andeson Stiven													
6		1065818037	Barraza Ibarra	Jesus David													
7		5766247	Barrera Montiel	Dariannys Sofia													
8		7162700	Barroso	Sara Marina													
9		7489454	Boscan Mendez	Valery Sofia													
10		1067627319	Bru Sarco	Linda Alejandra													
11		1065813683	Carrillo Orozco	Diego Rafael													
12		1065830973	Constante Chavez	Sofia Del Carmen													
13		N64256137273	Contreras Rodriguez	Armando Antonio													
14		1066295210	Fragozo Garcia	Sharith Dayana													
15		1065811899	Garcia Molina	Saray Yineth													
16		N48194899199	Godoy Godoy	Valery Alexandra													
17		1063970112	Gonzales Loaiza	Heman David													
18		1049198149	Gonzalez	Andrea Sofia													
19		6150544	Gonzalez Montiel	Jessica Esther													
20		6163243	Gonzalez Moreno	Josyeiber Gerard													
21		1015464936	Guerrero Restrepo	Nicolas													
22		1065853404	Herrera Nava	Cristian Andres													
23		1137876469	Ibañez Urruchurto	Patricia													
24		1127062320	Lotero Sanchez	Yefri Fabian													
25		1066295497	Lozano Zapata	Brenda Carolina													
26		6380127	Martinez Gomez	Brigith Del Carmen													
27		1067817101	Matute Montero	Samia													
28		1066291894	Mendez Herrera	Santiago Jose													
29		1103516003	Meza Mestre	Steef													
30		N64256471753	Nava Sanchez	Jose Javier													
31		1067628587	Navarro Quintero	Jesus Daniel													
32		1066887901	Orozco Perez	Damian Jose													
33		1065835139	Parra Barrios	Jean Paul													
34		1121544426	Ramirez Bastidas	Yurbrey													
35		7199147	Rivero Rodriguez	Ronier Antonio													
36		1137876416	Rodriguez Fabrega	Milagros													
37		7680833	Suarez Chacin	Diuver Andres													
38		7145326	Vargas Rojas	Yoander David													
39		1066886261	Villero Bohorquez	Alvaro Jose													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 4 - Grupo: 1SLNT

Director(a) de Grupo: CIELO JANINA MENA PALOMINO

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1065813917	Agudelo Muñoz	Maria Valentina													
2		1067626435	Alcocer Becerra	Shaira Michell													
3		6924794	Arguello Hoyod	Yhoanni Fabiola													
4		1067628377	Ascanio Mejia	Joel Yesith													
5		5759133	Barrios Chirino	Kysbel Alejandra													
6		1066885658	Beltran Nuñez	Santiago Jose													
7		1065827561	Calderon Contreras	Ilan David													
8		1065828894	Diaz Ariza	Jeins Terry													
9		1065860694	Diaz Orence	Danna Alejandra													
10		N64255037688	Duque Perez	Santiago Alejandro													
11		1067617591	Garcia Gomez	Juan Sebastian													
12		59171575	Gonzalez Colina	Jesus David													
13		5321242	Gonzalez Yannuzzi	Luis Adrian													
14		10082251541	Granados Diaz	Melkin José													
15		1066884190	Gutierrez Pacheco	Analia													
16		1066888322	Herrera Riobo	Yeiris Nicol													
17		1067625874	Jimenez Oviedo	Jonathan Davi													
18		1066879863	Leon Villalba	Neimar Daniel													
19		1197396	Lopez Sanchez	Adrian													
20		1065810656	Marriaga Arrieta	Dulce Maria													
21		1065818898	Martelo Rangel	Jeferson													
22		7652350	Medina Sanchez	Aldavis Jose													
23		1066291752	Mendoza Hernandez	Jordan David													
24		1065828298	Mendoza Polo	Dickson Esneider													
25		1137726631	Muñoz Mojica	Andres David													
26		1067627247	Perez Baena	Ana Sofia													
27		1122411314	Polo Cervantes	Genesis Daniela													
28		N84254706469	Reyes Traviezo	Angel Abrahan													
29		7472161	Ruiz Sayago	Junior Alejandro													
30		1062404852	Teran Pulido	Jenry Daniel													
31		1066887563	Tirado Payan	Matias Alejandro													
32		1126257867	Torres Guerra	Isaac David													
33		1065844621	Urdaneta De Armas	Krisbel Gabriela													
34		1137874632	Vasquez Rangel	Ivan Arturo													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 4 - Grupo: 2SLNT

Director(a) de Grupo: Yadira Luz Guerra Mindiola

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1067614459	Acosta Lizcano	Eva Maria													
2		1066887706	Aponte Medina	Jose Angel													
3		1052527146	Arrieta Esquea	Andrea Carolina													
4		1081835219	Arrieta Santana	Yeferson Daniel													
5		1065826806	Ballena Beltran	Deixon													
6		1137725555	Ballena Carballo	Dallana Yineth													
7		1065835226	Beltran Jimenez	Jhan Alejandro													
8		1065831543	Bolaño Caceres	Marlenis Paola													
9		1066294193	Caballero Trillos	Danna Isabella													
10		1067630655	Castillo Molina	Aisa Michell													
11		1065813510	Davila Gonzalez	Angel David													
12		1067629284	Davila Poveda	Alexa Sofia													
13		1066882236	Falon Catalan	Juan Daniel													
14		1066885190	Florez Garcia	Shayra Yiseth													
15		1065832205	Fontalvo Amaris	Joel David													
16		6123178	Godoy Barreto	Jose Angel													
17		1067625870	Gonzalez Llano	Isaac David													
18		5209827	Gonzalez Rodelo	Esteban David													
19		1062403836	Guerra Guerrero	Elianis													
20		1137875692	Hernandez Lobo	Briana Cristin													
21		1137726042	Leguia Coley	Linda Michell													
22		1122411039	Lindo Rodriguez	Brian David													
23		1066293555	Lopez Misal	Sebastian David													
24		6855109	Lugo Pereira	Miranda Isabel													
25		1066888111	Marquez	Isabel													
26		1066880908	Mejia Romero	Vanesa Michell													
27		1067629243	Mendoza Torres	Roshel													
28		1044930069	Orozco Aragon	Liz Mar													
29		1067628830	Peñaloza Llamas	Jhon Alex													
30		N64254792214	Pereira Paez	Anthony Jose													
31		118851081	Ramos De La Cruz	Ronald Alejandro													
32		1067630791	Rico Herrera	Rafael David													
33		1066292385	Salas Mora	Valeria Sofia													
34		1067628046	Tovar Herazo	Isaac David													
35		N64256140938	Velasquez Ydrogo	Emilit Valentina													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 4 - Grupo: 3SLNT

Director(a) de Grupo: Itza Miralva Navarro Torres

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1067628896	Avila Muñoz	Samuel David													
2		1066883251	Barrios Sanes	Yeraldint Michell													
3		1065818241	Becerra Rojas	Luisa Fernanda													
4		1067621694	Caro Martinez	Manuel David													
5		1066293076	Catalan Medina	Luis Daniel													
6		1141346514	Charris Zarate	Sharlott Fabiana													
7		1221973036	Corro Valverde	Santiago Esmith													
8		1137874111	Corzo Pedraza	Luis Matias													
9		1066292191	De La Hoz Caros	Jhoan David													
10		1065661032	De Leon Charris	Yulianis Andrea													
11		1214470830	Evertz Ruidiaz	Carlos Enrique													
12		1066885012	Frias Moya	Samuel David													
13		1081926238	Galindo Torres	Juan De Jesus													
14		1067626304	Garcia Ortiz	Isaac David													
15		1067627527	Guerra Moreno	Keiyer Smith													
16		N64254286910	Gutierrez Ospino	Jose Antonio													
17		1065859581	Lopez Triana	Jeirimel Marieth													
18		1065999315	Maldonado Arrieta	Skarleth Sofia													
19		1065809844	Marin Molina	Valeri Sofia													
20		1067622934	Mendoza Argote	Joselin Vanessa													
21		1085807675	Navarro Villero	Angel David													
22		1052997557	Padilla Macias	Manuel David													
23		1124068272	Pajaro Del Toro	Yeifer Sebastian													
24		1066291676	Perez Diaz	Andres Camilo													
25		1067626605	Quintero Ospino	Sheyla Lucia													
26		1067627931	Rincones Cadena	Melany Sofia													
27		7199356	Rivero Rodriguez	Raimar Ariana													
28		1065825718	Santana Contreras	Yarelvis													
29		1066886771	Suarez Mejia	Danis Cristina													
30		1065818192	Tapia Jimenez	Yulianis Marcela													
31		6435512	Torres Mato	Sebastian Alejandro													
32		1066292949	Villafaña Alvarez	Atyzarwin													
33		5937893	Villalba Rivera	Yoenyelis Rachell													
34		1137874827	Zambrano Acosta	Jesus David													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 4 - Grupo: 4SLNT
Director(a) de Grupo: John Jairo Ramirez Palacios
Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1067623564	Araujo Castilla	Shayra Mishel													
2		1066887928	Asis Arrieta	Maria Fernanda													
3		1067622051	Atencio Cabarcas	Nailen Nicoll													
4		4973315	Barrios Acosta	Harleidys Isabel													
5		N44884184839	Barrios Cuadrado	Julibeth Massiel													
6		1066883876	Brito Mindiola	Wesley Jhoan													
7		1081928160	Castillo Guerrero	Kelly Johana													
8		1137875423	Contreras Tellez	Isaac													
9		1065828133	Davila Gonzalez	Samuel David													
10		1065831907	Ferraris Cespedes	Shaiel Elvira													
11		1066678334	Garizabalo Garizabalo	Juliannys Nicol													
12		1067627185	Hurtado Marin	Maria Camila													
13		1100969940	Llanos Bueno	Diomedes De Jesus													
14		1067627315	Lopez Aragon	Yuran David													
15		1124081775	Machado Otalora	Hendy Geraldo													
16		1048874945	Manotas Perez	Vanessa Alexandra													
17		1063960511	Medina Paba	Jose Armando													
18		1065832028	Molano Fonseca	Isacc Mateo													
19		1044932186	Molina Cabarcas	Samuel David													
20		1237443550	Mujica Ariza	Joahannys Sarai													
21		1067622646	Nieves Peña	Jose Eduardo													
22		1063495478	Pabon Mejia	Wilmaryuris													
23		1067623399	Perez Rangel	Saray Vanessa													
24		1065830207	Quintero Rodriguez	Samir													
25		7139815	Rincon Garcia	Anabella													
26		1066294241	Salgado Castro	Leimis Julieth													
27		1066294733	Salgado Maldonado	Alan Smith													
28		1207465058	Sibaja Del Toro	Erick De Jesus													
29		1137875372	Vargas Trujillo	Mariana													

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA LA ESPERANZA

Aprobado mediante resolución No. 000953 del 30 de noviembre de 2021

Dane No. 120001068194 - NIT. 824001487-7

[2024] Grado: 4 - Grupo: 5SLNT

Director(a) de Grupo: Omar Gustavo Matos Zaidiza

Fecha: 22 de Octubre de 2024

		Identificación	Apellidos	Nombres													
1		1065835107	Campo Alvarez	Ana Sofia													
2		1065818078	Castillo Mieles	Camilo Andres													
3		1066888452	Cordoba Vega	Genesis													
4		1137874709	Crespo Contreras	Natalin Sofia													
5		1151198974	De Leon Charris	Samuel David													
6		1066883678	Duran Rivera	Andres Felipe													
7		1066885249	Fonseca Hernandez	Sharoll Nicol													
8		1066289805	Gonzalez Navarro	Sergio Luis													
9		1067621342	Gonzalez Navarro	Shayra Sofia													
10		1065839766	Guerrero Camacho	Nezly Yisela													
11		1066886795	Hernandez Castillo	Luz Mary													
12		1137725346	Hernandez Romero	Nara Valentina													
13		1065827127	Jaimes Quintero	Yesith													
14		7702026	Jimenez Machado	Jose German													
15		1048202681	Jimenez Ortiz	Jesus Manuel													
16		8354453	Labarca Ferrer	Nolberto De Jesus													
17		1067629420	Lastra Rojas	Jimena Sofia													
18		1067617716	Lopez Rodriguez	Alexandra Margarita													
19		5338262	Mendez Osuna	Santiago Andres													
20		1066884482	Miranda Vanegas	Shairith Sofia													
21		1063597968	Niño Mestre	Nixon Abdull													
22		1066293139	Palacio Obregon	Esteban													
23		5398821	Pirela Cardozo	Yarianny Carolina													
24		808612706012013	Portillo Balaguera	Dennys Eduardo													
25		1066883865	Quintana Yepez	Melissa Liceth													
26		1066881889	Quintana Yepez	Valentina Liceth													
27		7783075	Rangel Cabarcas	Sorangelis Alejandra													
28		1063971403	Rodriguez Reyes	Josue Daniel													
29		1062813982	Sierra Peña	Manuela Jose													
30		1066882205	Urueña Maestre	Genesis													
31		1067624069	Vanegas Sanchez	Santiago Alberto													

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional						
LUGAR:	Institución Educativa Técnico UPAR- Sede José Antonio Galán	**FECHA**	21 Octubre 2024	**HORA INICIO**	4:00 p.m.		
				HORA FINAL	5:00 p.m.		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	**REUNION**	**CONCERTACION**	**CARACTERIZACION**			
	Reunión	**Capacitación**	**Otra/cual:**	Orientación en salud			
TEMA:	Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.						
OBJETIVO:	Promover la comprensión y adopción de prácticas higiénicas en el manejo de alimentos entre estudiantes del ciclo de vida infancia, a través de orientaciones lúdicas y educativas, con el fin de que se conviertan en replicadores de esta información en sus hogares y contribuyan a la disminución del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en el municipio de Valledupar.						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Previo al desarrollo de la actividad, se realizó mediante oficio, la presentación de la actividad a través de la estrategia CUIDA LO QUE COME y así mismo se solicitó la concertación de la actividad con el Rector de la institución educativa, el Señor Pablo Celestino Torres, logrando concertar la actividad para ser realizada el día 21 de Octubre en jornada de la tarde desde las 4:00 p.m hasta las 5:00 p.m.

La actividad fue realizada en el coliseo de la sede primaria José Antonio Galán **contando con la participación de** los grados 2°, 3° y 4° de primaria. Cabe resaltar que por directrices de la institución educativa a los niños no se les permite la recolección de firmas sin la autorización de sus acudientes, por tal motivo el rector expide una constancia de su participación en la actividad y anexa el listado de los estudiantes que participaron.

La actividad se centró en el manejo higiénico de alimentos y la identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos a fin de prevenir la ocurrencia de enfermedades trasmitidas por alimentos.

La orientación se desarrolló a través de una obra de títeres diseñada para educar a los estudiantes sobre la importancia de la higiene alimentaria y las prácticas saludables. La actividad se llevó a cabo en un ambiente interactivo y lúdico, donde los títeres cobraron vida para contar una historia cautivadora y educativa.

Los personajes de la obra, cada uno representando diferentes personajes y situaciones relacionadas con la manipulación de alimentos, interactuaron entre sí para ilustrar conceptos clave sobre la inocuidad alimentaria. A través de diálogos divertidos y situaciones cotidianas, se abordaron temas como el lavado

de manos, la correcta higiene de alimentos y las consecuencias para la salud ante la presencia de una ETA.

A continuación de describe el guion de la obra de titeres presentada:

Tomas y la ensalada de frutas.

Niño: *¡Mamá, me encantaría comer una ensalada de frutas! ¿Podemos prepararla?*
Mamá: *¡Claro que sí! ¿Por qué no vas al patio a recoger algunas frutas frescas?*
Niño: *¡Perfecto, voy a buscar!*
Niño: *(regresa con unas frutas) ¡Qué suerte tengo de encontrar esta fruta tan limpia y perfecta! ¡Estoy seguro de que está lista para comer!*
Germen: *(con una risa malévola) ¡Oh, ¡qué ventajoso es que no puedas verme! Si pudieras observar cómo está de infectada esta fruta, ¡no pensarías lo mismo!*
Niño: *(mirando la fruta con confianza) ¡Estoy seguro de que no necesito lavarlas, no están tiradas en el piso, lucen lindas y perfectas!*
Germen: *(sonriendo y susurrando hacia el público) ¡Eso crees! Pero sin una buena limpieza, esos gérmenes en la superficie de la fruta pueden causar problemas. Si supieras lo que escondo, ¡no estarías tan contento!*
Niño: *¡Mamá, encontré todas estas frutas deliciosas!*
Mamá: *¡Qué bien! Vamos a prepararlas. Pero antes de que las usemos, es importante lavar bien las frutas.*
(El Germen se acerca a las frutas emocionado, las agarra y las mira con codicia.)
Germen: *(con voz siniestra) ¡Sí! Finalmente, voy a entrar a un cuerpo nuevo y causar muchos problemas. ¡Qué divertido!*
(La Mamá se da cuenta de la presencia del Germen y lo enfrenta, quitándole la fruta de las manos.)
Mamá: *¡Detente, Germen! Antes de que puedas hacer nada, tenemos que hablar sobre la importancia de lavar las frutas.*
Germen: *¡No, no, no! ¡Quiero entrar ya y causar daño!*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Sabes por qué es importante lavar las frutas antes de comerlas?*
(La Mamá invita al público a responder.)
Público: (respuestas variadas, como "Para quitar la suciedad" o "Para eliminar los gérmenes").
Mamá: *¡Exactamente! Lavar las frutas ayuda a eliminar gérmenes, suciedad y pesticidas que podrían estar en ellas.*
Germen: *(molesto) ¡No puede ser! ¡Quieren arruinar mi plan!*
Niño: *(mirando las frutas) ¡Pero mamá, se ven tan limpias! ¿No puedo comer un pedacito sin lavarlas?*
Mamá: *Nooo podrías enfermar, y presentar vómitos, fiebres muy altas, dolores fuertes de estómago y muchas enfermedades más.*
Germen: *eso es lo que más quiero, que todas las personas se enfermen.*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Qué creen que deberíamos hacer primero? ¿Lavar las frutas o lavar nuestras manos?*
(La Mamá espera las respuestas del público.)
Público: *(respuestas variadas, como "Lavar las manos primero").*
Mamá: *¡Muy bien! Primero, siempre debemos lavar nuestras manos antes de tocar la comida. Luego, lavamos bien las frutas para asegurarnos de que estén limpias.*
Germen: *(haciendo una pataleta) ¡No, no, no! ¡No quiero que me detengan!*
(El Germen tira un pequeño berrinche, y hace un espectáculo, llorando y quejándose. Finalmente, sale de escena llorando.)
Niño: *(emocionado) ¡Las frutas están listas y limpias para comer!*
Mamá: *¡Exactamente! Ahora que hemos seguido estos pasos, podemos disfrutar de una deliciosa y segura ensalada de frutas.*
Niño y Mamá: *(se abrazan y empiezan a preparar la ensalada de frutas mientras el público aplaude)*
Germen: *(sale nuevamente y con voz triste) ¡parece que hoy no será mi día!*
Mamá: *(con una sonrisa) ¡No te preocupes, Germen! Siempre podemos asegurarnos de estar limpios y saludable si seguimos las buenas prácticas de higiene.*
Niño: *(se hace del otro lado del Germen) Gracias por ayudarnos a entender por qué es importante lavar las frutas!*
Niño y mamá se despiden alegremente y Germen se despide con una cara muy triste.

La presentación fue altamente participativa, animando a los estudiantes a involucrarse, hacer preguntas y reflexionar sobre lo que estaban aprendiendo. Los títeres no solo entretenían, sino que también servían como herramientas pedagógicas efectivas para transmitir mensajes importantes de manera accesible y memorable.

Al final de la obra, se llevó a cabo una breve discusión para reforzar los conceptos presentados, y se proporcionaron folletos informativos para que los estudiantes pudieran llevar a casa y compartir con sus familias. Esta actividad no solo fomentó el aprendizaje de manera divertida, sino que también contribuyó a crear conciencia sobre la salud y la higiene alimentaria en la comunidad escolar.

Durante la orientación se incorporó un elemento dinámico y divertido: un miembro del equipo se disfrazó de bacteria, lo que atrajo la atención de los estudiantes y enriqueció la experiencia. Este disfraz, colorido y llamativo, representó de manera visual y lúdica a las bacterias que pueden afectar la seguridad alimentaria.

El personaje de la bacteria interactuó con los estudiantes, planteando preguntas y situaciones que ilustraron cómo se pueden propagar las infecciones si no se siguen prácticas adecuadas de higiene. A través de este enfoque teatral, los estudiantes pudieron comprender mejor los riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos y la importancia de mantener un ambiente higiénico.

Esta representación no solo hizo que la orientación fuera más amena y entretenida, sino que también facilitó la asimilación de conceptos clave sobre la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos. Al final de la actividad, los estudiantes no solo recordaron la historia, sino también la "lección" impartida por la bacteria, convirtiéndose en embajadores de la higiene alimentaria en sus hogares.

Para crear un ambiente atractivo y educativo, durante la intervención se instaló un stand decorado con frutas y verduras artificiales, para representar la diversidad de alimentos saludables. Este espacio no solo captó la atención de los estudiantes, sino que también sirvió como una herramienta visual para ilustrar la importancia de una alimentación equilibrada.

Además, se dispusieron materiales de higiene, como jabón líquido para lavado de manos, toallas de papel para secado, cepillo para limpieza de las uñas que complementaron la ambientación y reforzaron el mensaje sobre las buenas prácticas de higiene. Estos elementos fueron utilizados durante la actividad para mostrar de manera práctica las medidas necesarias que deben seguirse en la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos.

El stand no solo funcionó como un punto focal para la actividad, sino que también facilitó la interacción de los estudiantes con los conceptos presentados en la obra. A través de esta ambientación, se buscó involucrar a los jóvenes de manera lúdica y significativa, motivándolos a adoptar hábitos saludables que pudieran replicar en sus hogares.

Como parte de la actividad, se entregaron folletos informativos que contenían contenido clave sobre el manejo higiénico de alimentos y la importancia de la inocuidad alimentaria. Estos folletos fueron diseñados de manera atractiva y accesible, con ilustraciones y lenguaje apropiado para el ciclo de vida infancia, facilitando así la comprensión de los conceptos.

El objetivo principal de la entrega de estos materiales fue fomentar que los estudiantes se convirtieran en replicadores de la información en sus hogares. A través de estos folletos, se buscó empoderar a los

jóvenes para que compartieran lo aprendido con sus familias, promoviendo prácticas seguras en la manipulación y preparación de alimentos.

Los folletos incluían consejos prácticos sobre la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, así como recordatorios sobre la importancia de la higiene en cada una de estas etapas. Al finalizar la actividad, se animó a los estudiantes a llevar los folletos a casa y discutir su contenido con sus padres y hermanos, contribuyendo así a la difusión de información vital para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en la comunidad.

Como actividad evaluativa, se utilizó un dado didáctico que contenía preguntas relacionadas con los temas aprendidos durante la orientación sobre el manejo higiénico de alimentos. Este recurso lúdico y creativo fomentó la participación activa de los estudiantes, haciendo que el proceso de evaluación fuera dinámico y divertido.

Cada cara del dado presentaba una pregunta específica, que abarcaba aspectos clave de enseñanzas que nos dejó la historia narrada. Al turno de cada estudiante, se lanzaba el dado y se respondía a la pregunta que quedara en la parte superior:

- ¿Qué aprendiste hoy?
- ¿Qué fue lo que más te gustó de la historia?
- ¿Cómo debo lavar mis manos?
- ¿Que nos pueden causar las bacterias?
- ¿Porque es importante lavar los alimentos?

Esto no solo incentivó el aprendizaje colaborativo, sino que también permitió que los estudiantes se ayudaran entre sí al recordar y discutir las respuestas.

Esta metodología de evaluación ayudó a reforzar el conocimiento adquirido de una manera interactiva, y los estudiantes mostraron entusiasmo al participar, lo que contribuyó a consolidar la información en su memoria.

Al finalizar la actividad, se realizó una demostración práctica del lavado de manos, enfatizando su importancia en la prevención de enfermedades. Los estudiantes fueron dirigidos al punto de lavados de manos de la institución educativa, donde se les enseñó la técnica correcta para lavarse las manos de manera efectiva.

Durante la demostración, se explicó paso a paso la importancia de cada etapa del proceso, desde el enjuague inicial hasta el secado final. Para reforzar este aprendizaje, se colocó un cartel informativo en el área de lavado, que detallaba claramente los pasos a seguir para un lavado de manos correcto. Este cartel, colorido y fácil de leer, sirvió como un recordatorio visual constante para los estudiantes y el personal de la institución. Cabe resaltar que en la institución educativa

La actividad no solo permitió a los estudiantes practicar el lavado de manos en un entorno real, sino que también promovió la adopción de esta práctica esencial en su rutina diaria.

Al incorporar esta experiencia práctica, se buscó garantizar que los jóvenes comprendieran la relevancia de la higiene en la prevención de enfermedades, alentándolos a aplicar lo aprendido en sus hogares y comunidades.

Resultados Esperados

- **Concienciación**: Aumentar la conciencia entre los estudiantes sobre la importancia del manejo higiénico de alimentos.
- **Replicación**: Fomentar que los estudiantes se conviertan en replicadores de la información en sus hogares, transmitiendo lo aprendido a sus familias para disminuir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).
- **Compromiso Comunitario**: Generar un compromiso entre los estudiantes para adoptar prácticas higiénicas en su entorno cotidiano.

Conclusiones

El uso de una obra de títeres y un dado didáctico como herramientas educativas demostró ser una estrategia efectiva para involucrar a los estudiantes, facilitando la asimilación de conceptos clave de manera entretenida y dinámica.

Se evidenció un alto interés entre los estudiantes en compartir lo aprendido con sus familias, lo que sugiere un potencial significativo para replicar las prácticas de higiene alimentaria en el hogar.

La inclusión de materiales visuales, como el cartel sobre el lavado de manos y los folletos informativos, proporcionó un apoyo adicional para el aprendizaje y la retención de la información.

La actividad contribuye a la promoción de hábitos saludables en la comunidad, alineándose con los objetivos de salud pública para reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos en el municipio de Valledupar.

Los resultados y la retroalimentación de la actividad proporcionan una base sólida para diseñar futuras iniciativas de educación en salud, permitiendo la mejora continua y la adaptación a las necesidades de los estudiantes.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

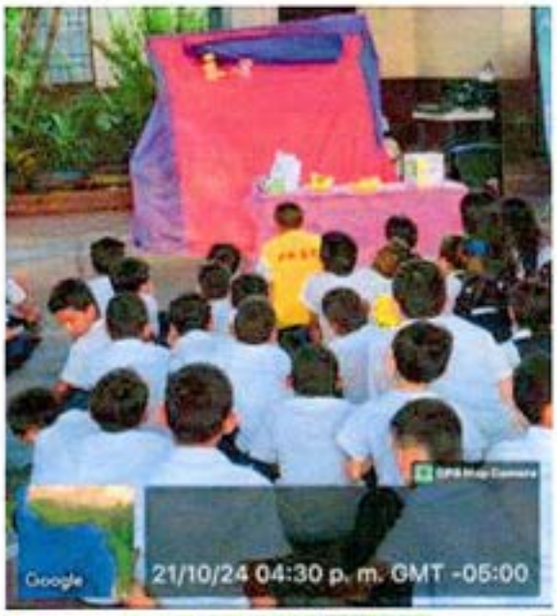
COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Compartir los conocimientos adquiridos con sus familias, convirtiéndose en promotores de la higiene alimentaria en sus hogares.	Estudiantes	Permanente
2.	Informar a otros compañeros y amigos sobre la importancia del manejo higiénico de alimentos, promoviendo una cultura de salud en su comunidad.	Estudiantes	Permanente

3.	Participar en futuras capacitaciones y actividades educativas relacionadas con la salud y la nutrición.	IE José Antonio Galán	2025

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Institución Educativa José Antonio Galán- Prevención de ETA, 21 Octubre 2024 grados 2°, 3° y 4° de primaria









REGISTRO FOTOGRAFICO

Institución Educativa José Antonio Galán- Prevención de ETA, 21 Octubre 2024 grados 2°,3°y 4°











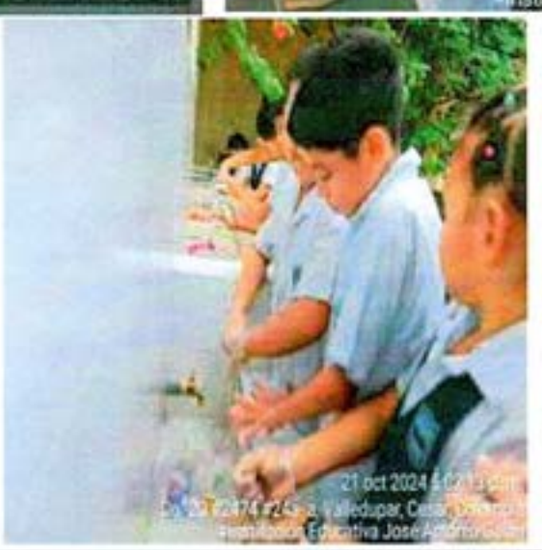


REGISTRO FOTOGRAFICO

Institución Educativa José Antonio Galán- Prevención de ETA, 21 Octubre 2024 grados 2°, 3° y 4°







ANEXOS:	Oficio de concertación, certificado de asistencia, Listados de estudiantes, material informativo entregado, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Diaz Celedon.	
	Nombre:	Olga Yesenia Diaz Celedon	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Pablo Torres Daza	77188897	
	Isabel calderon L.	49.787.994	

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO UPAR

Aprobación según Resolución No 000736 del 23-11-2022
NIT: 800228559-7 Reg. Dane 120001001201

EL RECTOR

CERTIFICA

Que se realizó en nuestra institución educativa Técnico Upar el día 21de octubre del presente año, una actividad lúdica y pedagógica basada en orientaciones de información en salud en el manejo higiénico de alimentos para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación, actividad desarrollada por el hospital Eduardo Arredondo Daza y la alcaldía municipal de Valledupar en la cual participaron 119 estudiantes de los grados segundo (2°), tercero (3°) y cuarto (4°) de educación básica primaria de la sede José Antonio Galán jornada de la tarde.

Nota: Se anexa el listado de los estudiantes participantes en la actividad debido a que no pueden firmar sin la debida autorización de su acudiente o representante.

Se expide a solicitud de los interesados el día 25 de octubre del 2024.

Atentamente;

PABLO CELESTINO TORRES DAZA
Rector

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO UPAR

Reconocimiento de estudios según resolución 000736 del 23 de noviembre de 2022
NIT: 800228559-7 DANE: 120001001201 Valledupar - Cesar

[2024] Grado: 2 - Grupo: 01TJAG

Item	Identificación	Nombres
1	5098453	Benitez Castillo Samantha Valentina
2	1067632580	Blanco Manosalva Danna Lucia
3	1065853475	Bulla Galvan Henrry Davi
4	1067632831	Campo Ramos Nayi Lorey
5	1137876444	Cotes Teran Luz Nicoll
6	1095318649	Franco Ortiz Santiago Andres
7	1065846417	Freyle Pushaina Esteban David
8	1066892293	Garcia Ruiz Gianna Lucia
9	6597	Machado Soto Oliver Jose
10	1067635332	Marquez Castro Miguel Angel
11	1102885248	Martinez Bermudez Cristian Luis
12	7978359	Martinez Gomez Brillyth Carolina
13	7978369	Martinez Gomez Dylan Jose
14	1067630071	Martinez Lara Natali Sofia
15	1066296261	Martinez Montero Cecilia Isabel
16	1065848539	Martinez Reales Lina Sofia
17	1085231869	Mendez Montes Mathias David
18	5433461	Montaño Padilla Jean Carlos
19	6476007	Moreno Avila Keyner Alfonso
20	1137726351	Orozco Gutierrez Linda Jamela
21	1216972804	Palomino Rocha Yuven David
22	1070825721	Perez Perez Jose Angel
23	1067630431	Pertuz Peña Luisa Fernanda
24	1066296386	Quiroz Marquez Liviny Gladymar
25	6066606	Ramirez Rivas Maikool Yermain
26	1065838615	Rincones Parra Henry David
27	6079545	Romero Moncada Mayaurima Gail
28	7180284	Salgueira Lopez Wilmar Amanda
29	1137729205	Sanchez Rincon Angel David
30	1137876209	Taborda Pañaloza Angely Celeste
31	1065847878	Tafur Grijalba Samuel David
32	1062815876	Vega De Angel Derek Arath

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO UPAR

Reconocimiento de estudios según resolución 000736 del 23 de noviembre de 2022
NIT: 800228559-7 DANE: 120001001201 Valledupar - Cesar

[2024] Grado: 3 - Grupo: 01TJAG

Item	Identificación	Nombres
1	1065828332	Araujo Blanchar Matias Enrique
2	1067627698	Araujo Estrada Sebastian Andres
3	1067629545	Arguelles Portillo Thiago
4	12059666453	Arzuza Padilla Luisa Fernanda
5	1066295507	Ballestas Maestre Thaylin Sofia
6	1067631190	Banquez Sierra Johanneeth
7	1067629502	Carrillo Fuentes Gabriela
8	1065835458	Cataño Montenegro Daniel David
9	1137726050	Chiquillo Montaño Naile Sarai
10	1067628706	Clavijo Arroyo Maria Pilar
11	1066887582	Contreras Gutierrez Brayan Alexander
12	1116274148	Grisales Chaparro Valeryn Sofia
13	1124067250	Marquez Martinez Maria Camila
14	1063598754	Martinez Quiroz Kiara Sofia
15	1066889757	Martiz De La Peña Danna Lucia
16	5432600	Montaño Padilla Samuel David
17	7104065	Navarro Barrios Yubelis Sofia
18	1066889876	Nuñez Quintero Ariadna Esther
19	1066890069	Paez Suarez Adriana Lucia
20	1065847494	Ramirez Romero Jeinilis Del Carmen
21	1137726784	Redondo Daiver Manuel
22	1121337571	Rincones Pitre Shara Sofia
23	1131075177	Rosado Ravelo Ali David
24	7180156	Salgueira Lopez Wilmar Anais
25	1143258805	Sanchez Alfaro Milan Jose
26	1065860846	Saucedo Aristiguieta Ashley Sofia
27	1067628103	Saurith Sequeda Natalia Maria
28	1066293711	Torres Perales Aisha Sofia
29	1137727715	Torres Perez Meira Isabell
30	1205966661	Vasquez Ceballos Juliana
31	1066884697	Vidal Mesa Mariana Lucia

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO UPAR

Reconocimiento de estudios según resolución 000736 del 23 de noviembre de 2022
NIT: 800228559-7 DANE: 120001001201 Valledupar - Cesar

[2024] Grado: 4 - Grupo: 01TJAG

Item	Identificación	Nombres
1	1067628891	Amaris Calderon Oriana Sofia
2	1067626916	Arias Pretel Valery Sandrith
3	1093796666	Ballesteros Ortega Nuris Salome
4	1056780604	Bolivar Diaz Diego Alexander
5	1029863260	Buelvas Ibarra Eduard Andres
6	1065821046	Campo Rivera Luis Santiago
7	1121549644	Colina Rodriguez Dunamis Yireth
8	1065830215	Colinas Escorcia Kyara Michell
9	1066887746	Contreras Ospino Luis David
10	1067619261	Garcia Calderon Luis Alejandro
11	1067623647	Guerrero Corrales Sebastian
12	1066886379	Hoyos Cortina Jesus David
13	1123974752	Molina Robles Williams Antonio
14	100886386	Montero Peña Maria Belen
15	6839398	Moreno Gonzalez Yariaanis Patricia
16	1137874170	Moreno Mendoza Fernando Jose
17	1066882241	Nieto Torres Ricardo Elias
18	1065833044	Orozco Villazon Marley David
19	1065999719	Parejo Miranda Ahilan Andres
20	5433591	Puerta Padilla Abrahan Jesus
21	5478809	Rangel Vergara Yohenny Elena
22	1067622802	Regalado Alvarez Luis Angel
23	1066886903	Rojano Barreto Manuel David
24	7173077	Salgueira Lopez Wilmary Valentina
25	N64234305468	Sifontes Lezama Alejandro Jose
26	1091534860	Tamayo Arias Mayrin Fernanda
27	1065819152	Tarazona Martinez Dylan Rafael

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO UPAR

Reconocimiento de estudios según resolución 000736 del 23 de noviembre de 2022
NIT: 800228559-7 DANE: 120001001201 Valledupar - Cesar

[2024] Grado: 4 - Grupo: 02TJAG

Item	Identificación	Nombres
1	1067036765	Alvear Miranda Evelyn Dariana
2	1067626174	Araujo Oyola Millan
3	1065822734	Arrieta Marquez Maria Guadalupe
4	1140880839	Ballesteros Angulo Eithian Matias
5	521985	Beltran Aguilar Junior Rafael
6	1066291571	Bernuy Castilla Rosa Helena
7	1067623637	Calderon Ramirez Samuel Andres
8	1067625254	Castillo Malo Linda Shaddai
9	1066887637	De Avila Ortega Nicolas Gael
10	1066293723	De La Hoz Torres Isaac David
11	1065824017	Deavila Jimenez Alexa Mishell
12	1066885207	Diaz Aparicio Luisa Fernanda
13	1118853531	Duarte De La Rosa Zayret Sofia
14	1067613351	Gamez Piña Oscar Jose
15	1066886772	Hernandez Garcia Carlos Andres
16	1063174433	Hernandez Molina Alejandro
17	1067627488	Hidalgo Pedraza Shaira Andrea
18	1065832410	Manga Martinez Juan Jose
19	1065819829	Martinez Montero Steban Rafael
20	1067629481	Meza Buelvas Hellen Carolina
21	1065831592	Mieles Brito Miuller Neil
22	6475947	Moreno Avila Kalhed Alfonso
23	1137725899	Nieves Robles Maria Isabel
24	1137725645	Obredor Ovalos Milan Michel
25	1066293836	Orozco Campuzano Maria Cecilia
26	1067623880	Riveira Quintero Esteban
27	1067626753	Sarmiento Zuñiga Lucas David
28	1067625082	Saurith Sequeda Rafael Jose
29	1066294393	Vega De La Hoz Sharloth Dayana

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria y Nutricional										
LUGAR:	Institución Educativa Enrique Pupo Martínez Sede Escuela Urbana Mixta N° 5.			**FECHA**	22 Octubre 2024		**HORA INICIO**	4:00 p.m.			
							HORA FINAL	5:00 p.m.			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientación en salud					
TEMA:	Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.										
OBJETIVO:	Promover la comprensión y adopción de prácticas higiénicas en el manejo de alimentos entre estudiantes del ciclo de vida infancia, a través de orientaciones lúdicas y educativas, con el fin de que se conviertan en replicadores de esta información en sus hogares y contribuyan a la disminución del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en el municipio de Valledupar.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Previo al desarrollo de la actividad, se realizó mediante oficio, la presentación de la actividad a través de la estrategia CUIDA LO QUE COME y así mismo se solicitó la concertación de la actividad con el coordinador de la institución educativa, el Señor Darwin Jiménez, logrando concertar la actividad para ser realizada el día 22 de Octubre en jornada de la tarde desde las 4:00 p.m hasta las 5:00 p.m en el coliseo dela Institución.

La actividad se centró en el manejo higiénico de alimentos y la identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos a fin de prevenir la ocurrencia de enfermedades trasmitidas por alimentos.
Se contó con la participación de trescientos (302) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° de primaria.
Cabe resaltar que por directrices de la institución educativa a los niños no se les permite la recolección de firmas sin la autorización de sus acudientes, por tal motivo el rector expide una constancia de su participación en la actividad y anexa el listado de los estudiantes que participaron.

La orientación se desarrolló a través de una obra de titeres diseñada para educar a los estudiantes sobre la importancia de la higiene alimentaria y las prácticas saludables. La actividad se llevó a cabo en un ambiente interactivo y lúdico, donde los títeres cobraron vida para contar una historia cautivadora y educativa.

Los personajes de la obra, cada uno representando diferentes personajes y situaciones relacionadas con la manipulación de alimentos, interactuaron entre sí para ilustrar conceptos clave sobre la inocuidad alimentaria. A través de diálogos divertidos y situaciones cotidianas, se abordaron temas como el lavado

de manos, la correcta higiene de alimentos y las consecuencias para la salud ante la presencia de una ETA.

A continuación de describe el guion de la obra de titeres presentada:

Tomas y la ensalada de frutas.

Niño: *¡Mamá, me encantaría comer una ensalada de frutas! ¿Podemos prepararla?*
Mamá: *¡Claro que sí! ¿Por qué no vas al patio a recoger algunas frutas frescas?*
Niño: *¡Perfecto, voy a buscar!*
Niño: *(regresa con unas frutas) ¡Qué suerte tengo de encontrar esta fruta tan limpia y perfecta! ¡Estoy seguro de que está lista para comer!*
Germen: *(con una risa malévola) ¡Oh, ¡qué ventajoso es que no puedas verme! Si pudieras observar cómo está de infectada esta fruta, ¡no pensarías lo mismo!*
Niño: *(mirando la fruta con confianza) ¡Estoy seguro de que no necesito lavarlas, no están tiradas en el piso, lucen lindas y perfectas!*
Germen: *(sonriendo y susurrando hacia el público) ¡Eso crees! Pero sin una buena limpieza, esos gérmenes en la superficie de la fruta pueden causar problemas. Si supieras lo que escondo, ¡no estarías tan contento!*
Niño: *¡Mamá, encontré todas estas frutas deliciosas!*
Mamá: *¡Qué bien! Vamos a prepararlas. Pero antes de que las usemos, es importante lavar bien las frutas.*
(El Germen se acerca a las frutas emocionado, las agarra y las mira con codicia.)
Germen: *(con voz siniestra) ¡Sí! Finalmente, voy a entrar a un cuerpo nuevo y causar muchos problemas. ¡Qué divertido!*
(La Mamá se da cuenta de la presencia del Germen y lo enfrenta, quitándole la fruta de las manos.)
Mamá: *¡Detente, Germen! Antes de que puedas hacer nada, tenemos que hablar sobre la importancia de lavar las frutas.*
Germen: *¡No, no, no! ¡Quiero entrar ya y causar daño!*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Sabes por qué es importante lavar las frutas antes de comerlas?*
(La Mamá invita al público a responder.)
Público: (respuestas variadas, como "Para quitar la suciedad" o "Para eliminar los gérmenes").
Mamá: *¡Exactamente! Lavar las frutas ayuda a eliminar gérmenes, suciedad y pesticidas que podrían estar en ellas.*
Germen: *(molesto) ¡No puede ser! ¡Quieren arruinar mi plan!*
Niño: *(mirando las frutas) ¡Pero mamá, se ven tan limpias! ¿No puedo comer un pedacito sin lavarlas?*
Mamá: *Nooo podrías enfermar, y presentar vómitos, fiebres muy altas, dolores fuertes de estómago y muchas enfermedades más.*
Germen: *eso es lo que más quiero, que todas las personas se enfermen.*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Qué creen que deberíamos hacer primero? ¿Lavar las frutas o lavar nuestras manos?*
(La Mamá espera las respuestas del público.)
Público: *(respuestas variadas, como "Lavar las manos primero").*
Mamá: *¡Muy bien! Primero, siempre debemos lavar nuestras manos antes de tocar la comida. Luego, lavamos bien las frutas para asegurarnos de que estén limpias.*
Germen: *(haciendo una pataleta) ¡No, no, no! ¡No quiero que me detengan!*
(El Germen tira un pequeño berrinche, y hace un espectáculo, llorando y quejándose. Finalmente, sale de escena llorando.)
Niño: *(emocionado) ¡Las frutas están listas y limpias para comer!*
Mamá: *¡Exactamente! Ahora que hemos seguido estos pasos, podemos disfrutar de una deliciosa y segura ensalada de frutas.*
Niño y Mamá: *(se abrazan y empiezan a preparar la ensalada de frutas mientras el público aplaude)*
Germen: *(sale nuevamente y con voz triste) ¡parece que hoy no será mi día!*
Mamá: *(con una sonrisa) ¡No te preocupes, Germen! Siempre podemos asegurarnos de estar limpios y saludable si seguimos las buenas prácticas de higiene.*
Niño: *(se hace del otro lado del Germen) Gracias por ayudarnos a entender por qué es importante lavar las frutas!*

Niño y mamá se despiden alegremente y Germen se despide con una cara muy triste.

La presentación fue altamente participativa, animando a los estudiantes a involucrarse, hacer preguntas y reflexionar sobre lo que estaban aprendiendo. Los títeres no solo entretenían, sino que también servían como herramientas pedagógicas efectivas para transmitir mensajes importantes de manera accesible y memorable.

Al final de la obra, se llevó a cabo una breve discusión para reforzar los conceptos presentados, y se proporcionaron folletos informativos para que los estudiantes pudieran llevar a casa y compartir con sus familias. Esta actividad no solo fomentó el aprendizaje de manera divertida, sino que también contribuyó a crear conciencia sobre la salud y la higiene alimentaria en la comunidad escolar.

Durante la orientación se incorporó un elemento dinámico y divertido: un miembro del equipo se disfrazó de bacteria, lo que atrajo la atención de los estudiantes y enriqueció la experiencia. Este disfraz, colorido y llamativo, representó de manera visual y lúdica a las bacterias que pueden afectar la seguridad alimentaria.

El personaje de la bacteria interactuó con los estudiantes, planteando preguntas y situaciones que ilustraron cómo se pueden propagar las infecciones si no se siguen prácticas adecuadas de higiene. A través de este enfoque teatral, los estudiantes pudieron comprender mejor los riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos y la importancia de mantener un ambiente higiénico.

Esta representación no solo hizo que la orientación fuera más amena y entretenida, sino que también facilitó la asimilación de conceptos clave sobre la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos. Al finalizar la presentación de la obra, los estudiantes no solo recordaron la historia, sino también la "lección" impartida por la bacteria, convirtiéndose en embajadores de la higiene alimentaria en sus hogares.

Para crear un ambiente atractivo y educativo, durante la intervención se instaló un stand decorado con frutas y verduras artificiales, para representar la diversidad de alimentos saludables. Este espacio no solo captó la atención de los estudiantes, sino que también sirvió como una herramienta visual para ilustrar la importancia de una alimentación equilibrada.

Además, se dispusieron materiales de higiene, como jabón líquido para lavado de manos, toallas de papel para secado, cepillo para limpieza de las uñas que complementaron la ambientación y reforzaron el mensaje sobre las buenas prácticas de higiene. Estos elementos fueron utilizados durante la actividad para mostrar de manera práctica las medidas necesarias que deben seguirse en la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos.

El stand no solo funcionó como un punto focal para la actividad, sino que también facilitó la interacción de los estudiantes con los conceptos presentados en la obra. A través de esta ambientación, se buscó involucrar a los jóvenes de manera lúdica y significativa, motivándolos a adoptar hábitos saludables que pudieran replicar en sus hogares.

Como parte de la actividad, se entregaron folletos informativos que contenían contenido clave sobre el manejo higiénico de alimentos y la importancia de la inocuidad alimentaria. Estos folletos fueron diseñados de manera atractiva y accesible, con ilustraciones y lenguaje apropiado para el ciclo de vida infancia, facilitando así la comprensión de los conceptos.

El objetivo principal de la entrega de estos materiales fue fomentar que los estudiantes se convirtieran en replicadores de la información en sus hogares. A través de estos folletos, se buscó empoderar a los jóvenes para que compartieran lo aprendido con sus familias, promoviendo prácticas seguras en la manipulación y preparación de alimentos.

Los folletos incluían consejos prácticos sobre la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, así como recordatorios sobre la importancia de la higiene en cada una de estas etapas. Al finalizar la actividad, se animó a los estudiantes a llevar los folletos a casa y discutir su contenido con sus padres y hermanos, contribuyendo así a la difusión de información vital para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en la comunidad.

Como actividad evaluativa, se utilizó un dado didáctico que contenía preguntas relacionadas con los temas aprendidos durante la orientación sobre el manejo higiénico de alimentos. Este recurso lúdico y creativo fomentó la participación activa de los estudiantes, haciendo que el proceso de evaluación fuera dinámico y divertido.

Cada cara del dado presentaba una pregunta específica, que abarcaba aspectos clave de enseñanzas que nos dejó la historia narrada. Al turno de cada estudiante, se lanzaba el dado y se respondía a la pregunta que quedara en la parte superior:

- ¿Qué aprendiste hoy?
- ¿Qué fue lo que más te gustó de la historia?
- ¿Cómo debo lavar mis manos?
- ¿Que nos pueden causar las bacterias?
- ¿Porque es importante lavar los alimentos?

Esto no solo incentivó el aprendizaje colaborativo, sino que también permitió que los estudiantes se ayudaran entre sí al recordar y discutir las respuestas.

Esta metodología de evaluación ayudó a reforzar el conocimiento adquirido de una manera interactiva, y los estudiantes mostraron entusiasmo al participar, lo que contribuyó a consolidar la información en su memoria.

Al finalizar la actividad, se realizó una demostración práctica del lavado de manos, enfatizando su importancia en la prevención de enfermedades. Los estudiantes fueron dirigidos al punto de lavados de manos de la institución educativa, donde se les enseñó la técnica correcta para lavarse las manos de manera efectiva.

Durante la demostración, se explicó paso a paso la importancia de cada etapa del proceso, desde el enjuague inicial hasta el secado final. Para reforzar este aprendizaje, se colocó un cartel informativo en el área de lavado, que detallaba claramente los pasos a seguir para un lavado de manos correcto. Este cartel, colorido y fácil de leer, sirvió como un recordatorio visual constante para los estudiantes y el personal de la institución. Cabe resaltar que en la institución educativa

La actividad no solo permitió a los estudiantes practicar el lavado de manos en un entorno real, sino que también promovió la adopción de esta práctica esencial en su rutina diaria.

Al incorporar esta experiencia práctica, se buscó garantizar que los jóvenes comprendieran la relevancia de la higiene en la prevención de enfermedades, alentándolos a aplicar lo aprendido en sus hogares y comunidades.

Resultados Esperados

- **Concienciación**: Aumentar la conciencia entre los estudiantes sobre la importancia del manejo higiénico de alimentos.
- **Replicación**: Fomentar que los estudiantes se conviertan en replicadores de la información en sus hogares, transmitiendo lo aprendido a sus familias para disminuir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).
- **Compromiso Comunitario**: Generar un compromiso entre los estudiantes para adoptar prácticas higiénicas en su entorno cotidiano.

Conclusiones

El uso de una obra de títeres y un dado didáctico como herramientas educativas demostró ser una estrategia efectiva para involucrar a los estudiantes, facilitando la asimilación de conceptos clave de manera entretenida y dinámica.

Se evidenció un alto interés entre los estudiantes en compartir lo aprendido con sus familias, lo que sugiere un potencial significativo para replicar las prácticas de higiene alimentaria en el hogar.

La inclusión de materiales visuales, como el cartel sobre el lavado de manos y los folletos informativos, proporcionó un apoyo adicional para el aprendizaje y la retención de la información.

La actividad contribuye a la promoción de hábitos saludables en la comunidad, alineándose con los objetivos de salud pública para reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos en el municipio de Valledupar.

Los resultados y la retroalimentación de la actividad proporcionan una base sólida para diseñar futuras iniciativas de educación en salud, permitiendo la mejora continua y la adaptación a las necesidades de los estudiantes.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Compartir los conocimientos adquiridos con sus familias, convirtiéndose en promotores de la higiene alimentaria en sus hogares.	Estudiantes	Permanente

2.	Informar a otros compañeros y amigos sobre la importancia del manejo higiénico de alimentos, promoviendo una cultura de salud en su comunidad.	Estudiantes	Permanente
3.	Participar en futuras capacitaciones y actividades educativas relacionadas con la salud y la nutrición.	IE Enrique Pupo Martínez	2025

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Institución Educativa Enrique Pupo Martínez- Prevención de ETA, 22 Octubre 2024









REGISTRO FOTOGRAFICO
Institución Educativa Enrique Pupo Martínez- Prevención de ETA, 22 Octubre 2024 grados 2°,3°y 4°













REGISTRO FOTOGRAFICO
Institución Educativa enrique pupo Martínez- Prevención de ETA, 22 Octubre 2024 grados 2°, 3° y 4°









ANEXOS:	Oficio de concertación, certificado de asistencia, Listados de estudiantes, material informativo entregado, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Díaz Celedón	
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Celedón	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Darwin Jiménez	79988304	
	Isabel Calderon	49.787.994	

Institución Educativa

ENRIQUE PUPO MARTINEZ

NIT: 824.001.794-3 Registro DANE N° 120001000603

Resolución de Reconocimiento de Estudios N° ° 00309 del 26 de septiembre 2022

EL RECTOR DE LA INSTITUCION CERTIFICA

Que se realizó en esta institución una actividad lúdica y pedagógica basada en orientaciones de información en salud en el manejo higiénico de alimentos, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación actividad desarrollada por el Hospital Eduardo Arredondo Daza y la alcaldía municipal de Valledupar en la cual participaron 302 estudiantes de los grados segundo(2°), tercero(3°) y cuarto(4°) de educación básica primaria de la sede principal de la jornada de la tarde de la I.E Enrique Pupo Martínez.

Nota: se anexa el listado de los estudiantes participantes en la actividad, debido a que no pueden hacer este proceso sin la debida autorización de su acudiente y/o representante.

Se expide esta certificación a solicitud de la parte interesada, el dia 25 de octubre del 2024.

Atte:

LUIS ARTURO ESCOBAR LARO
RECTOR

INSTITUCION EDUCATIVA ENRIQUE PUPO MARTINEZ RECTOR

If SE	JOF	GRAI	GRUF	MOI	MOTIVO	DOC	TIPI	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1137729026	RC:I	ACOSTA	ARRIETA	MATIAS	SAMIR
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1137728971	RC:I	ALTAMIRANDA	ESCAMILLA	MATIAS	SAMUEL
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		5832314	PPT	ALVAREZ	ROJAS	DANIELA	VALENTINA
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1065837097	RC:I	ARCIA	HINOJOSA	JOSUE	DAVID
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1214470199	TI:T	AREVALO	TAPIAS	BRITTANY	SANDRITH
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1130280019	TI:T	BARRAZA	MARTINEZ	BRAYNER	ANDRES
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1066891130	RC:I	BELTRAN	LUNA	LUZENITH	
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1065846487	RC:I	BERMUDEZ	GACIA	LUIS	JOSE
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1067633788	RC:I	CORDOBA	VALDES	JUAN	DAVID
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1067632535	RC:I	CORTES	BOLIVAR	LIAN	ALEJANDRO
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1067630321	RC:I	DIAZ	GUTIERREZ	SANTIAGO	
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1067632458	TI:T	DIAZ	MENDEZ	ERICK	JOSE
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1235339470	RC:I	FERRER	NEGRETE	LUZ	ANGELA
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1067631566	RC:I	GUILLOT	TORRES	SHARITH	YULIANA
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		5288485	PPT	HIDALGO	CHIRINOS	SALOME	VALENTINA
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1137728622	RC:I	JIMENEZ	JIMENEZ	ANGEL	MANUEL
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1065855877	TI:T	MANYOMA	RANGEL	THALIANA	SOFIA
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1137876666	RC:I	MEJIA	MOJICA	REYKON	DAVID
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1066887860	TI:T	MONTERO	YEPEZ	RODRIGO	
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1066892925	RC:I	MONTES	VALDES	ISABEL	SOFIA
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1137728439	RC:I	NIETO	CARRERA	JUAN	DAVID
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1066295902	RC:I	OROZCO	ARIZA	SHAYRA	NICOLL
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1066356850	RC:I	OROZCO	ARRIETA	FABIAN	ENRIQUE
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		8008733	PPT	QUEZADA	COLINA	YOHANDER	ANDRES
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1066889903	TI:T	QUINTERO	ALTAMAR	ERICK	JOSE
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1082480674	TI:T	RANGEL	PADILLA	MARIA	CAMILA
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1066892630	RC:I	ROJAS	REDONDO	SANTIAGO	ISAAC
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1084459412	RC:I	VALDES	MARTINEZ	LORENA	SOFIA
If IN	TAI	2	201	EDUCACIÓN TI		1067635522	RC:I	VEGA	IBARRA	SKRLETH	

Total 29 Estudiantes 201 JT

If SE	JOF	GRAC	GRUF	MOI	MOTIVO	DOC		TIPC	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1137727910	RC:I	ACUÑA	QUIROGA	ANGEL	JOSE
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1137878917	RC:I	AMAYA	GARCIA	ISAAC	
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1066891497	RC:I	ANAYA	GUERRA	SAMUEL	
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1066892201	RC:I	CASTILLA	LOPEZ	THALIANYS	NILETH
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1067633783	TI:T	DE LA HOZ	REAL	JUNIOR	DAVID
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1067631331	RC:I	MANJAREZ	TORRES	JHON	JADER
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1143262724	RC:I	MARTINEZ	DE LA HOZ	DILAN	DAVID
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1137726771	TI:T	MELLAO	NOVOA	LUIS	GABRIEL
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	6110229	PPT	MENDOZA	REYES	MERVIN	JOSUE
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1205964237	TI:T	MIRANDA	VERGARA	FABIAN	JOSE
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1065852225	RC:I	MORON	BOLAÑO	ANGEL	DAVID
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	6698735	PPT	MOSQUERA	ZABALA	YENEISBITH	SABRINA
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1066892250	RC:I	NARVAEZ	HERRERA	DULCE	MARIA
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1067631120	RC:I	PAEZ	VELASCO	JOSE	DANIEL
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1214469125	RC:I	PARRA	MANGA	MATHIAS	ALEJANDRO
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1066891233	RC:I	PERTUZ	VIDES	MATIAS	ANDRES
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1067632844	RC:I	PLATA	VILLEGAS	JHON	SEBASTIAN
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	4862029	PPT	RAMOS	UTRERA	LIZMARY	MANUELA
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1065848197	RC:I	SANCHEZ	MENDOZA	MAURICIO	ANDRES
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	1065845513	RC:I	TORRES	ROMERO	DAYAN	SOFIA
If IN	TAI	2	202	EDUCACIÓN	TI	5942468	PPT	ZERPA	MACHADO	VALERIA	VALENTINA

IT SE	JOF	GRAI	GRUF	MOI	MOTIVO	DOC		TIPO	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		7800201	PPT	ACOSTA	SAAVEDRA	LUIS	MANUEL
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1065817971	TI:T	AMADOR	CHIQUILLO	LUIS	MATEO
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066297272	RC:I	ANGARITA	HERNANDEZ	MIGUEL	
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		6111953	PPT	CARRILLO	BOSCAN	ANAILIN	PAOLA
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066889561	RC:I	CASTRO	ARAUJO	SAUL	ANDRES
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1137877272	TI:T	CONDES	ARIAS	GABRIELA	SOFIA
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1065846129	RC:I	CORTES	ALMANZA	LUIS	ALEJANDRO
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1168199	PPT	ESPAÑA	CORZO	NICOLLE	ZARAITH
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1065848683	RC:I	GUZMAN	GALVIS	MAIKELY	
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1067633862	RC:I	LEON	PABA	ALAN	DAVID
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066296299	RC:I	LOPEZ	VELANDIA	MARIA	CELESTE
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		5827921	PPT	LUJANO	URDANETA	JESUS	ALEJANDRO
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1065837208	TI:T	MARTINEZ	POLO	MATIAS	JOSE
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1065836318	RC:I	MARTINEZ	VILORIA	DULCE	MARIA
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066890309	RC:I	MIELES	ARAGON	LUIS	ENRIQUE
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066889673	RC:I	MOLINA	LORA	JEREMY	DAMIAN
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1235338998	RC:I	MUÑOZ	CONTRERAS	JUAN	ANDRES
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1137876794	TI:T	ORJUELA	ORTIZ	GABRIELA	SOFIA
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1137727169	RC:I	PERTUZ	CONCHACAL/	SHERLIN	VANESSA
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1062816057	RC:I	QUIJANO	MIZAT	LUIS	ADRIAN
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066888220	TI:T	QUINTERO	ALTAMAR	ESNEIDER	JESUS
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1097136766	RC:I	QUINTERO	MARTINEZ	SAMUEL	FELIPE
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066891526	RC:I	QUIROZ	ORTEGA	JESUS	JHOAN
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1024591731	RC:I	RODRIGUEZ	DELGADO	DIEGO	ALEJANDRO
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		5885209	PPT	RODRIGUEZ	LOPEZ	CARLIANYIZ	NATALY
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1067632558	RC:I	SANCHEZ	VERGARA	ZARA	YULIZA
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1137877914	TI:T	TORRES	GUERRA	JEISON	ANDRES
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1067628190	TI:T	TORRES	LLANOS	SILVESTRE	JOSE
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1064723765	TI:T	USUGA	RUIDIAZ	PAULO	CESAR
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1234888874	RC:I	VALDERRAMA	ACUÑA	JESUS	DANIEL
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066890200	RC:I	VILLA	PACHECHO	KEILER	JOSE
IT IN	TAI	2	203	EDUCACIÓN	TI		1066296454	RC:I	VILLERO	LEAL	GABRIELA	SANDRITH

IT SE	JOF	GRAC	GRUF	MOI	MOTIVO	DOC	TIPC	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1065845809	RC:I	ACUÑA	GUERRERO	ISAIAS	DE JESUS
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1065834825	RC:I	AGUDELO	HERRERA	MARIA	SALOME
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1149195366	TI:T	ALTAMIRANDA	CONCHACAL/	CARLOS	MANUEL
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		5434008	PPT	ARAPE	MENDOZA	JHONDERVIS	JESUS
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1067634402	RC:I	ARDILA	CASADIEGO	HELLEN	CRISTHAL
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		7140377	PPT	CASTILLO	NAVA	JOSUE	DAVID
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		6650089	PPT	CASTRO	CHACON	MATHIAS	DAVIEL
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1137878318	RC:I	COLLAZOS	RODRIGUEZ	DYLAN	DAVID
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1065850022	RC:I	CONRADO	SANCHEZ	VALERY	SOFIA
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1137876678	RC:I	DE ARMAS	CRESPO	LEIDER	FABIAN
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1064724425	RC:I	FLORIAN	GOMEZ	FREIDER	JOSE
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1067633505	RC:I	GOMEZ	MEJIA	JUAN	ESTEBAN
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1066888593	TI:T	JIMENEZ	PALLARES	ESTEFANI	PAOLA
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		7139386	PPT	LEON	VARGAS	AURA	NAZARETH
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1063600377	RC:I	LIÑAN	CLAVIJO	ANA	PAULA
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1137878508	RC:I	MAESTRE	VILLEGAS	DYLAN	JAVIER
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1067629949	TI:T	MARTINEZ	CORTES	ALAN	DAVID
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1137878612	RC:I	MEJIA	MOJICA	ELENA	ISABEL
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1066294036	TI:T	NARVAEZ	MARTINEZ	DAVID	JOSUE
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1066891947	RC:I	PARRA	PEDEAÑA	BRANDLEY	JUNIOR
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		6740566	PPT	RAUSSEO	PIRELA	ARANZA	CRYSTAL
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1067633348	RC:I	REYES	BLANCO	HELLEN	
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		8026887	PPT	SALAS	SHATITACHI	ANDREILYS	PAOLA
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1065824482	TI:T	SALINAS	CABALLERO	WUILMER	ALFREDO
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1065844229	RC:I	SANCHEZ	BERRIO	ANDRES	FELIPE
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1067628154	TI:T	SUAREZ	ALZATE	LUIS	JOSE
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1065839293	RC:I	SUAREZ	BARRIOS	LUIS	DAVID
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1067632136	RC:I	TERRAZA	QUIROZ	GIANNA	LORENA
IT IN	TAI	2	204	EDUCACIÓN TI		1064803986	RC:I	YANE	GONZALEZ	ARI	JOSE

If SEC	JOF	GRA	GRUF	MOI	MOTIVO	DOC	TIPC	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1137876945	TI:T	BASTIDAS	MUÑOZ	SAMUEL	FELIPE
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1067630837	TI:T	BERDUGO	MARTINEZ	LUIS	MIGUEL
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1065820956	TI:T	BOLAÑO	VIZCAINO	ALANIS	SOFIA
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		500348	PPT	BRICEÑO	HEREDIA	NAHUM	SANTIAGO
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1065138239	TI:T	CANTILLO	ROCHA	YEIMER	DAVID
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1118853308	TI:T	DAZA	ROJAS	CARMEN	ALICIA
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1065820382	TI:T	DE ARMAS	CRESPO	KAYLIN	JULIAN
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1051677464	TI:T	DIAZ	ORTIZ	ROBERTO	JOSE
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1081929785	TI:T	ESTRADA	FONSECA	ANGEL	ALONSO
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1066293604	TI:T	ESTRADA	FONSECA	THIAGO	ANDRES
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1137876742	TI:T	GIL	BONILLA	SAMUEL	DAVID
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1065827512	TI:T	GONALEZ	DUARTE	RIHANNA	KAPRIETH
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1067632595	TI:T	LOPEZ	VILORIA	JANER	DAVID
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1067630956	TI:T	MEJIA	MARTINEZ	MARIANA	
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1067625542	TI:T	MENDOZA	CASTRO	WENDY	GISELLE
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1047238144	TI:T	MOLINA	LOPEZ	MANUEL	DAVID
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1065837814	RC:I	MONTES	VALDES	MARY	PAZ
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1233688605	TI:T	MORENO	SIERRA	KEYLER	DAVID
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1067632536	TI:T	PALLARES	ESTRADA	YEUDIEL	ELIF
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1065836883	TI:T	PANA	CAMARGO	DANNA	SOFIA
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1065912549	TI:T	PEDROZO	BERMUDEZ	MATIAS	DAVID
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1065825706	TI:T	PEREZ	ESQUEA	BRIANIS	SOFIA
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		5745031	PPT	POLO	PINEDA	MADDISON	ALEXANDER
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1062815148	TI:T	QUIJANO	MIZAT	LUISA	ISABEL
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		4871429	PPT	RAMOS	UTRERA	ELIZABE	VALENTINA
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		6845701	PPT	ROBERTIZ	ACOSTA	ROSALINDA	DANIELA
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		7967211	PPT	ROCHA	ALMANZA	ELIMAR	BEATRIZ
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1067625237	TI:T	ROJAS	MONTES	BRIS	MARGARITA
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1099426067	TI:T	RUGELES	MEJIA	EDWIN	STEVEN
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1066294999	TI:T	SEPULVEDA	GUERRA	JESUS	MANUEL
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1137877356	TI:T	SIERRA	TORRES	SIMÓN	ANDRES
If INS	TAI	3	302	EDUCACIÓN TI		1067624167	TI:T	SUAREZ	ALZATE	TOMAS	ALBERTO

IT	SEC	JOF	GRA	GRUF	MOI	MOTIVO	DOC	TIPO	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1066888823	TI:T	ARRIETA	GENE	JUAN	LUCAS
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	7153330	PPT	BARBUENA	MEZA	JOSE	DAVID
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067626127	TI:T	BASILIO	RINCONES	CRISTIAN	CAMILO
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1065840393	TI:T	CAJAR	MUEGUES	DARLY	SARAI
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067629895	TI:T	CAÑIZARES	POLO	SHEILA	SOFIA
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067628526	TI:T	CORDOBA	BOLIVAR	SARA	MARCELA
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1065836370	TI:T	CORDOBA	VALERA	SANTIAGO	DE JESUS
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1137876566	TI:T	FELIZZOLA	PIZARRO	HAYLIN	JOHANA
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1065835072	TI:T	FLOREZ	MENDOZA	LUCIANA	
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1137877227	TI:T	GALVIS	PAEZ	OSCAR	DAVID
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1066294497	TI:T	GARCES	RUIDIAZ	JESER	DAVID
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1066889059	TI:T	GOMEZ	BARLIZA	MARIA	JOSE
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	7924011	PPT	GUZMAN	ROCHA	ARAIS	VALENTINA
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067631524	TI:T	LOBO	GONZALEZ	SANTIAGO	ANDRES
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067627669	TI:T	LOPEZ	BARRAZA	EVA	SANDRITH
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067627668	TI:T	LOPEZ	BARRAZA	OMAR	YESITH
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1063970597	TI:T	MACHADO	BOSSA	YOIMAR	DANIEL
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067625958	TI:T	MARQUEZ	MARTINEZ	MARIA	JOSE
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1137876379	TI:T	MARTINEZ	ROBLES	JORGE	ANDRES
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	5935351	PPT	MARTINEZ	VARGAS	ISAAC	GABRIEL
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1028878185	TI:T	MENCO	CERPA	VALERIA	NICOLL
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1066478632	TI:T	MENDOZA	MORALES	JUAN	SEBASTIAN
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067625267	TI:T	MONTENEGR	TORREGROSA	KIARA	
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1066887318	TI:T	MUÑOZ	MUÑOZ	SNEYDERS	
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067631533	TI:T	PEREZ	RUEDA	KIARA	ISABEL
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1067626365	TI:T	PRESCOTT	BARBOSA	THALIANA	MICHEL
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1066292382	TI:T	RAVELO	BONETT	DANIEL	DAVID
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1065841651	TI:T	RODRIGUEZ	LOPEZ	SANTIAGO	DE JESUS
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1066295251	TI:T	RODRIGUEZ	PATIÑO	CARLOS	JOSE
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1066889438	TI:T	SANJUAN	CRIADO	ADRIANA	SOFIA
IT	INS	TAI	3	303	EDUCACIÓN	TI	1065841474	TI:T	TOVAR	RIASCOS	DANNA	MICHELL

If SEC	JOF	GRA	GRUF	MOI	MOTIVO	DOC	TIPO	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1137726918	TI:T	ANGULO	QUIJANO	EMMANUEL	DAVID
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	6004101	PPT	ARELLANO	VERA	NAYERLYN	DE LOS ANGELES
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1043699664	TI:T	ARRIETA	OSPINO	MARIA	ISABEL
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1044654106	TI:T	ARRIETA	OSPINO	MATIAS	
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	5882833	PPT	ATENCIO	DURAN	SAMANTA	SOFIA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1066887088	TI:T	BELEÑO	GUTIERREZ	VICTOR	ARMANDO
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	5328618	PPT	CANELON	RODRIGEZ	JEAN	CARLOS
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1067631037	TI:T	CASTAÑO	AREVALO	DILAN	ANDRES
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065836310	TI:T	CHARRIS	VARGAS	JUAN	JOSE
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065833560	TI:T	CUDRIS	MONTES	WILFRIDO	DAVID
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065834103	TI:T	DIAZ	JIMENEZ	MILEIDIS	YORYANA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065836432	TI:T	FLOREZ	RUBIO	MATIAS	DANIEL
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065818114	TI:T	FUENTES	ACOSTA	ANDRES	CAMILO
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065818115	TI:T	FUENTES	ACOSTA	LENDYS	CAMILA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1137876621	TI:T	GAMEZ	MARTINEZ	MIGUEL	ANGEL
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065827128	TI:T	GRISALES	GUERRA	VALERY	SOFIA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	6462722	PPT	GUERRERO	QUINTERO	LUZMAIRA	ESTHER
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1067628513	TI:T	GUEVARA	MACIAS	AXCEL	DAVID
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1066097392	TI:T	LUNA	VILLAMIZAR	DAINA	SOPHIA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1067633792	TI:T	MANCILLA	GUZMAN	MARIANGEL	
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1137725502	TI:T	MAYORCA	MEZA	LEONEL	DAVID
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1066889900	TI:T	MOLINA	MAESTRE	MEUDYS	YAIRETH
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1063495591	TI:T	OSPINO	LINARES	MARIAN	CELESTE
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1137876364	TI:T	PACHECO	BOOB	ALHANNYS	CATTLEYA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1137876896	TI:T	PAYARES	MARQUEZ	SALOME	
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065834090	TI:T	PEINADO	CASTAÑO	DANNA	MARIANA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1214469068	TI:T	RANGEL	GUANIPA	DAYMER	MIGUEL
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1063969581	TI:T	REALES	VIDES	MARIA	VICTORIA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	6599094	PPT	RIERA	SIVIRA	BRITHANY	ANTONELLA
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1065821130	TI:T	RODRIGUEZ	PACHECO	EMILIE	ZOE
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1066295250	TI:T	RODRIGUEZ	PATIÑO	SANTIAGO	JOSE
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	5925640	PPT	ROSALES	DURAN	JUAN	DAVID
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1201204	PPT	SANCHEZ	MENDOZA	DANIELA	ISABELL
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1067624128	TI:T	TORRES	ACOSTA	EDGAR	ENRIQUE
If INS	TAI	3	301	EDUCACIÓN	TI	1067631728	TI:T	ZULETA	CALDERON	JORGE	DANIEL

If SEC JOF	GRAC	GRUF	MOI	DOC	TIPC	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
If INS TAI	4	402	EDU	1066884899	TI:T	ABELLO	CONTRERAS	YIRLENIS	DANIELA
If INS TAI	4	402	EDU	1066886231	TI:T	ALTAMAR	RINCON	YARIBETH	
If INS TAI	4	402	EDU	1067624583	TI:T	ALVÁREZ	HINOJOSA	LUCIANA	
If INS TAI	4	402	EDU	1066293190	TI:T	ANGARITA	RUEDA	MATIAS	
If INS TAI	4	402	EDU	5619280	PPT	ANTELIZ	DOMINGUEZ	DEHANDLY	EVAGELIN
If INS TAI	4	402	EDU	1067622156	TI:T	ARRIETA	OÑATE	ESTEBAN	DAVID
If INS TAI	4	402	EDU	1067624408	TI:T	BARRIOS	TOVAR	IRINA	ISABEL
If INS TAI	4	402	EDU	1067626942	TI:T	BENAVIDEZ	REYES	STEBAN	DAVID
If INS TAI	4	402	EDU	1065812352	TI:T	BOLAÑO	VIZCAINO	CARLOS	MARIO
If INS TAI	4	402	EDU	1137875658	TI:T	CALVO	BORDA	VALERY	JOHANA
If INS TAI	4	402	EDU	1066887711	TI:T	CANTILLO	ACOSTA	VALERY	SOFIA
If INS TAI	4	402	EDU	1067629439	TI:T	CASTAÑO	CARE	MATIAS	
If INS TAI	4	402	EDU	1066885900	TI:T	CASTRO	ARAUJO	ESMERALDA	ISABEL
If INS TAI	4	402	EDU	1137874509	TI:T	CHARRYS	GUTIERREZ	JOHAN	JOSE
If INS TAI	4	402	EDU	1064803164	TI:T	CRÚZ	RODRIGUEZ	DAIA	LORENA
If INS TAI	4	402	EDU	1065827122	TI:T	CUDRIZ	BARRAZA	IVANNA	YOLETH
If INS TAI	4	402	EDU	1065811534	TI:T	DE LA HOZ	MARTINEZ	CAMILO	ANDRES
If INS TAI	4	402	EDU	1065813105	TI:T	MARTINEZ	GALLARDO	SHAIRA	
If INS TAI	4	402	EDU	1066293552	TI:T	MEZA	CHASOY	JASSIR	ANDRES
If INS TAI	4	402	EDU	1067629870	TI:T	MORALES	WAYDAN	ALEJANDRA	LUCIA
If INS TAI	4	402	EDU	1137874224	TI:T	NARVAEZ	GARCIA	ISSAC	DAVID
If INS TAI	4	402	EDU	2347679	PPT	OBERTO	MORENO	MIGUEL	
If INS TAI	4	402	EDU	1131076268	TI:T	PAZ	MEZA	DUVAN	DAVID
If INS TAI	4	402	EDU	7103116	PPT	PERALTA	FUENMAYOR	ANDREW	CAMILO
If INS TAI	4	402	EDU	1019112513	TI:T	ROA	LEAL	DANNA	ISABELLA
If INS TAI	4	402	EDU	1067623193	TI:T	ROJAS	CUELLAR	SHAIRA	MARCELA
If INS TAI	4	402	EDU	1065814454	TI:T	ROJAS	GARVAN	ISAAC	SAIN
If INS TAI	4	402	EDU	1082478785	TI:T	SIERRA	PABA	LUCI	MARIA
If INS TAI	4	402	EDU	1067627508	TI:T	SUAREZ	VEGA	EMILI	SOFIA
If INS TAI	4	402	EDU	1065817374	TI:T	TAFUR	ORTIZ	KARLA	SOFIA
If INS TAI	4	402	EDU	7532891	PPT	TOVAR	GONZALEZ	DARLIN	ALEJANDRA

If SEC	JOF	GRAC	GRUF	MOI	DOC	TIPC	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
If INS	TAI	4	401	EDU	7824442	PPT	ACACIO	GUERRERO	NORELYS	CAMILA
If INS	TAI	4	401	EDU	1065855380	TI:T	BASTIDAS	GARACIA	MICHELLE	CAROLINA
If INS	TAI	4	401	EDU	1047511059	TI:T	BERNAL	ALVAREZ	BREYNEL	ALEXANDER
If INS	TAI	4	401	EDU	1065673961	TI:T	CASTELLANOS	PINEDA	VICTORIA	DAYARLINE
If INS	TAI	4	401	EDU	1065831714	TI:T	DE LA CRUZ	TORRES	YOVANYS	DANIEL
If INS	TAI	4	401	EDU	1047349488	TI:T	FONTALVO	VALENCIA	KEILLYS	
If INS	TAI	4	401	EDU	1067624398	TI:T	FUENTES	PUERTA	CRISTOPHER	DANIEL
If INS	TAI	4	401	EDU	1066888708	TI:T	GALLEGO	DE LA HOZ	ANDRES	FELIPE
If INS	TAI	4	401	EDU	1067623954	TI:T	GRANDA	CHASOY	DULCE	MARIA
If INS	TAI	4	401	EDU	1066887600	TI:T	GUERRA	CASTRO	KARLA	YULIETH
If INS	TAI	4	401	EDU	1066286389	TI:T	HERNANDEZ	DE AVILA	KARELYS	JULIETH
If INS	TAI	4	401	EDU	1067618771	TI:T	LIÑAN	CAMARGO	ESTEFANIA	
If INS	TAI	4	401	EDU	2971128	PPT	LUGO	GONZALEZ	OSMAIRA	SOFIA
If INS	TAI	4	401	EDU	1065810245	TI:T	MARTINEZ	ARIZA	LUCAS	DANIEL
If INS	TAI	4	401	EDU	1137725821	TI:T	MARTINEZ	RANGEL	YARELIS	SOFIA
If INS	TAI	4	401	EDU	1065830655	TI:T	MOLINA	CLEMENTE	SARA	LUCIA
If INS	TAI	4	401	EDU	1137874971	TI:T	MOLINA	GUERRA	THIAGO	LUIS
If INS	TAI	4	401	EDU	6872077	PPT	MONSALVE	ROMERO	ASHLEY	SARAHI
If INS	TAI	4	401	EDU	1065830622	TI:T	MURILLO	MORELO	JAILIN	SOFIA
If INS	TAI	4	401	EDU	1067628856	TI:T	NUÑEZ	DAZA	JESUS	DAVID
If INS	TAI	4	401	EDU	1065834119	TI:T	PAVON	RODRIGUEZ	MARIA	VALENTINA
If INS	TAI	4	401	EDU	1066887689	TI:T	RAVELO	MORENO	BRAYAN	DAVID
If INS	TAI	4	401	EDU	1065831834	TI:T	RODRIGUEZ	REDONDO	BRIANA	LARISSA
If INS	TAI	4	401	EDU	1051676526	TI:T	ROJAS	ORTIZ	VALERY	DANESSA
If INS	TAI	4	401	EDU	1067624073	TI:T	RUGELES	GUZMAN	ORIANA	
If INS	TAI	4	401	EDU	1137726299	TI:T	SANCHEZ	VERGARA	YENIFER	
If INS	TAI	4	401	EDU	1085179899	TI:T	SIERRA	DIAZ	ZULAY	
If INS	TAI	4	401	EDU	1065825319	TI:T	TARIFA	LOPEZ	JHON	DAVID
If INS	TAI	4	401	EDU	1067627783	TI:T	TERRAZA	QUIROZ	JOSE	ALEJANDRO
If INS	TAI	4	401	EDU	1065822587	TI:T	VALERA	MOLINA	MATIAS	DAVID

IE	SEC	JOF	GRAC	GRUF	MOI	DOC		TIPC	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1065673102	TI:T	ALVAREZ	CAMPO	AHSLY	FREIMAR
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1067622068	TI:T	ALZATE	RAMOS	SELENE	MICHELL
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1065818374	TI:T	APREZA	URIELES	VALENTINA	
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1065838897	TI:T	ARAGON	OÑATE	VALERIA	SOFIA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1067036546	TI:T	AVILA	PEDRAZA	VALERIA	LUCIA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1066880247	TI:T	BELEÑO	GUTIERREZ	TALIANA	MICHEL
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1065646082	TI:T	BOLAÑOS	MAESTRE	JARIT	DANIELA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1067621938	TI:T	CABRERA	RINCONES	SALOME	
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1066886101	TI:T	CALDERON	PULGAR	MAHELA	SOFIA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1065134577	TI:T	CANTILLO	ROCHA	JOSE	LUIS
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1176966398	TI:T	CRUZ	RODRIGUEZ	EMANUEL	
IE	INS	TAI	4	403	EDU	5956228	PPT	DELGADO	OQUENDO	EMANUEL	
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1103752888	TI:T	DIAZ	MEZA	JEINER	
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1065645485	TI:T	DIAZ	SANMARTIN	KLEIDER	SAIT
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1137875232	TI:T	DITTA	RANGEL	YIRA	LUZ
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1067623156	TI:T	ERAZO	REDONDO	JESUS	MANUEL
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1064799206	TI:T	FLORIAN	GOMEZ	NIDIER	JOSE
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1175717214	TI:T	FRAGOZO	ORTIZ	JEAN	CARLOS
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1067627587	TI:T	FRIAS	CASTRO	KIARA	SOFIA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1064802080	RC:I	GONZALEZ	POLO	EVAANYELIN	
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1067625924	TI:T	LUNA	JULIO	LUIS	DAVID
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1148702163	TI:T	MARTINEZ	DE LA HOZ	ANA	VALENTINA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1137725427	TI:T	MARTINEZ	URANGO	SEBASTIAN	ANDRES
IE	INS	TAI	4	403	EDU	6111728	PPT	NUÑEZ	BOSCAN	ANAIRIL	PAOLA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1137874870	TI:T	OCHOA	MEJIA	JHOSUAN	MANUEL
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1137875508	TI:T	QUIÑONES	GUERRA	JORGE	ANDRÉS
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1067623287	TI:T	RODRIGUEZ	MEJIA	JOSUE	DAVID
IE	INS	TAI	4	403	EDU	6980988	PPT	ROMAN	APONTE	ARANTZA	LUCIA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1066292991	TI:T	SERPA	CORDOBA	MERIS	CENITH
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1067618353	TI:T	TORREGROSA	MARQUEZ	ADRIANA	LUCIA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1065824335	TI:T	TRESPALACIOS	REALES	YULI	PAOLA
IE	INS	TAI	4	403	EDU	1066888624	TI:T	ZABALETA	MANJARREZ	MARIA	VALERIA

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional												
LUGAR:	Institución Educativa Nacional Loperena Sede Concentración Santo Domingo			**FECHA**	24 Octubre 2024				**HORA INICIO**	4:00 p.m.			
									HORA FINAL	5:00 p.m.			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**						
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientación en salud							
TEMA:	Realizar 12 orientaciones de información en salud dirigido a 1500 estudiantes de instituciones educativas en el ciclo de vida de infancia, en el manejo higiénico e identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, con el propósito de que sean replicadores de la información en sus hogares, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación (ETA) en el municipio de Valledupar.												
OBJETIVO:	Promover la comprensión y adopción de prácticas higiénicas en el manejo de alimentos entre estudiantes del ciclo de vida infancia, a través de orientaciones lúdicas y educativas, con el fin de que se conviertan en replicadores de esta información en sus hogares y contribuyan a la disminución del riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en el municipio de Valledupar.												
POBLACIÓN OBJETIVO:	Infancia												

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 24 de Octubre se llevó a cabo la actividad de orientación en salud dirigida a ciento ochenta y dos (182) estudiantes de los grados 2°, 3° y 4° grado de primaria de la sede concentración santo domingo. Cabe resaltar que por directrices de la institución educativa a los niños no se les permite la recolección de firmas sin la autorización de sus acudientes, por tal motivo el rector expide una constancia de su participación en la actividad.

La actividad se centró en el manejo higiénico de alimentos y la identificación de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos a fin de prevenir la ocurrencia de enfermedades trasmitidas por alimentos.

La orientación se desarrolló a través de una obra de títeres diseñada para educar a los estudiantes sobre la importancia de la higiene alimentaria y las prácticas saludables. La actividad se llevó a cabo en un ambiente interactivo y lúdico, donde los títeres cobraron vida para contar una historia cautivadora y educativa.

Los personajes de la obra, cada uno representando diferentes personajes y situaciones relacionadas con la manipulación de alimentos, interactuaron entre sí para ilustrar conceptos clave sobre la inocuidad alimentaria. A través de diálogos divertidos y situaciones cotidianas, se abordaron temas como el lavado de manos, la correcta higiene de alimentos y las consecuencias para la salud ante la presencia de una ETA.

A continuación de describe el guion de la obra de títeres presentada:

Tomas y la ensalada de frutas.

Niño: *¡Mamá, me encantaría comer una ensalada de frutas! ¿Podemos prepararla?*
Mamá: *¡Claro que sí! ¿Por qué no vas al patio a recoger algunas frutas frescas?*
Niño: *¡Perfecto, voy a buscar!*
Niño: *(regresa con unas frutas) ¡Qué suerte tengo de encontrar esta fruta tan limpia y perfecta! ¡Estoy seguro de que está lista para comer!*
Germen: *(con una risa malévola) ¡Oh, ¡qué ventajoso es que no puedas verme! Si pudieras observar cómo está de infectada esta fruta, ¡no pensarías lo mismo!*
Niño: *(mirando la fruta con confianza) ¡Estoy seguro de que no necesito lavarlas, no están tiradas en el piso, lucen lindas y perfectas!*
Germen: *(sonriendo y susurrando hacia el público) ¡Eso crees! Pero sin una buena limpieza, esos gérmenes en la superficie de la fruta pueden causar problemas. Si supieras lo que escondo, ¡no estarías tan contento!*
Niño: *¡Mamá, encontré todas estas frutas deliciosas!*
Mamá: *¡Qué bien! Vamos a prepararlas. Pero antes de que las usemos, es importante lavar bien las frutas.*
(El Germen se acerca a las frutas emocionado, las agarra y las mira con codicia.)
Germen: *(con voz siniestra) ¡Sí! Finalmente, voy a entrar a un cuerpo nuevo y causar muchos problemas. ¡Qué divertido!*
(La Mamá se da cuenta de la presencia del Germen y lo enfrenta, quitándole la fruta de las manos.)
Mamá: *¡Detente, Germen! Antes de que puedas hacer nada, tenemos que hablar sobre la importancia de lavar las frutas.*
Germen: *¡No, no, no! ¡Quiero entrar ya y causar daño!*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Sabes por qué es importante lavar las frutas antes de comerlas?*
(La Mamá invita al público a responder.)
Público: (respuestas variadas, como "Para quitar la suciedad" o "Para eliminar los gérmenes").
Mamá: *¡Exactamente! Lavar las frutas ayuda a eliminar gérmenes, suciedad y pesticidas que podrían estar en ellas.*
Germen: *(molesto) ¡No puede ser! ¡Quieren arruinar mi plan!*
Niño: *(mirando las frutas) ¡Pero mamá, se ven tan limpias! ¿No puedo comer un pedacito sin lavarlas?*
Mamá: *Nooo podrías enfermar, y presentar vómitos, fiebres muy altas, dolores fuertes de estómago y muchas enfermedades más.*
Germen: *eso es lo que más quiero, que todas las personas se enfermen.*
Mamá: *(dirigiéndose al público) ¿Qué creen que deberíamos hacer primero? ¿Lavar las frutas o lavar nuestras manos?*
(La Mamá espera las respuestas del público.)
Público: *(respuestas variadas, como "Lavar las manos primero").*
Mamá: *¡Muy bien! Primero, siempre debemos lavar nuestras manos antes de tocar la comida. Luego, lavamos bien las frutas para asegurarnos de que estén limpias.*
Germen: *(haciendo una pataleta) ¡No, no, no! ¡No quiero que me detengan!*
(El Germen tira un pequeño berrinche, y hace un espectáculo, llorando y quejándose. Finalmente, sale de escena llorando.)
Niño: *(emocionado) ¡Las frutas están listas y limpias para comer!*
Mamá: *¡Exactamente! Ahora que hemos seguido estos pasos, podemos disfrutar de una deliciosa y segura ensalada de frutas.*
Niño y Mamá: *(se abrazan y empiezan a preparar la ensalada de frutas mientras el público aplaude)*
Germen: *(sale nuevamente y con voz triste) ¡parece que hoy no será mi día!*
Mamá: *(con una sonrisa) ¡No te preocupes, Germen! Siempre podemos asegurarnos de estar limpios y saludable si seguimos las buenas prácticas de higiene.*
Niño: *(se hace del otro lado del Germen) Gracias por ayudarnos a entender por qué es importante lavar las frutas!*
Niño y mamá se despiden alegremente y Germen se despide con una cara muy triste.

La presentación fue altamente participativa, animando a los estudiantes a involucrarse, hacer preguntas y reflexionar sobre lo que estaban aprendiendo. Los títeres no solo entretenían, sino que también servían como herramientas pedagógicas efectivas para transmitir mensajes importantes de manera accesible y memorable.

Al final de la obra, se llevó a cabo una breve discusión para reforzar los conceptos presentados, y se proporcionaron folletos informativos para que los estudiantes pudieran llevar a casa y compartir con sus familias. Esta actividad no solo fomentó el aprendizaje de manera divertida, sino que también contribuyó a crear conciencia sobre la salud y la higiene alimentaria en la comunidad escolar.

Durante la orientación se incorporó un elemento dinámico y divertido: un miembro del equipo se disfrazó de bacteria, lo que atrajo la atención de los estudiantes y enriqueció la experiencia. Este disfraz, colorido y llamativo, representó de manera visual y lúdica a las bacterias que pueden afectar la seguridad alimentaria.

El personaje de la bacteria interactuó con los estudiantes, planteando preguntas y situaciones que ilustraron cómo se pueden propagar las infecciones si no se siguen prácticas adecuadas de higiene. A través de este enfoque teatral, los estudiantes pudieron comprender mejor los riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos y la importancia de mantener un ambiente higiénico.

Esta representación no solo hizo que la orientación fuera más amena y entretenida, sino que también facilitó la asimilación de conceptos clave sobre la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos. Al final de la actividad, los estudiantes no solo recordaron la historia, sino también la "lección" impartida por la bacteria, convirtiéndose en embajadores de la higiene alimentaria en sus hogares.

Para crear un ambiente atractivo y educativo, durante la intervención se instaló un stand decorado con frutas y verduras artificiales, para representar la diversidad de alimentos saludables. Este espacio no solo captó la atención de los estudiantes, sino que también sirvió como una herramienta visual para ilustrar la importancia de una alimentación equilibrada.

Además, se dispusieron materiales de higiene, como jabón líquido para lavado de manos, toallas de papel para secado, cepillo para limpieza de las uñas que complementaron la ambientación y reforzaron el mensaje sobre las buenas prácticas de higiene. Estos elementos fueron utilizados durante la actividad para mostrar de manera práctica las medidas necesarias que deben seguirse en la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos.

El stand no solo funcionó como un punto focal para la actividad, sino que también facilitó la interacción de los estudiantes con los conceptos presentados en la obra. A través de esta ambientación, se buscó involucrar a los jóvenes de manera lúdica y significativa, motivándolos a adoptar hábitos saludables que pudieran replicar en sus hogares.

Como parte de la actividad, se entregaron folletos informativos que contenían contenido clave sobre el manejo higiénico de alimentos y la importancia de la inocuidad alimentaria. Estos folletos fueron diseñados de manera atractiva y accesible, con ilustraciones y lenguaje apropiado para el ciclo de vida infancia, facilitando así la comprensión de los conceptos.

El objetivo principal de la entrega de estos materiales fue fomentar que los estudiantes se convirtieran en replicadores de la información en sus hogares. A través de estos folletos, se buscó empoderar a los jóvenes para que compartieran lo aprendido con sus familias, promoviendo prácticas seguras en la manipulación y preparación de alimentos.

Los folletos incluían consejos prácticos sobre la producción, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos, así como recordatorios sobre la importancia de la higiene en cada una de estas etapas. Al finalizar la actividad, se animó a los estudiantes a llevar los folletos a casa y discutir su contenido con sus padres y hermanos, contribuyendo así a la difusión de información vital para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en la comunidad.

Como actividad evaluativa, se utilizó un dado didáctico que contenía preguntas relacionadas con los temas aprendidos durante la orientación sobre el manejo higiénico de alimentos. Este recurso lúdico y creativo fomentó la participación activa de los estudiantes, haciendo que el proceso de evaluación fuera dinámico y divertido.

Cada cara del dado presentaba una pregunta específica, que abarcaba aspectos clave de enseñanzas que nos dejó la historia narrada. Al turno de cada estudiante, se lanzaba el dado y se respondía a la pregunta que quedara en la parte superior:

- ¿Qué aprendiste hoy?
- ¿Qué fue lo que más te gustó de la historia?
- ¿Cómo debo lavar mis manos?
- ¿Que nos pueden causar las bacterias?
- ¿Porque es importante lavar los alimentos?

Esto no solo incentivó el aprendizaje colaborativo, sino que también permitió que los estudiantes se ayudaran entre sí al recordar y discutir las respuestas.

Esta metodología de evaluación ayudó a reforzar el conocimiento adquirido de una manera interactiva, y los estudiantes mostraron entusiasmo al participar, lo que contribuyó a consolidar la información en su memoria.

Al finalizar la actividad, se realizó una demostración práctica del lavado de manos, enfatizando su importancia en la prevención de enfermedades. Los estudiantes fueron dirigidos al punto de lavados de manos de la institución educativa, donde se les enseñó la técnica correcta para lavarse las manos de manera efectiva.

Durante la demostración, se explicó paso a paso la importancia de cada etapa del proceso, desde el enjuague inicial hasta el secado final. Para reforzar este aprendizaje, se colocó un cartel informativo en el área de lavado, que detallaba claramente los pasos a seguir para un lavado de manos correcto. Este cartel, colorido y fácil de leer, sirvió como un recordatorio visual constante para los estudiantes y el personal de la institución. Cabe resaltar que en la institución educativa

La actividad no solo permitió a los estudiantes practicar el lavado de manos en un entorno real, sino que también promovió la adopción de esta práctica esencial en su rutina diaria.

Al incorporar esta experiencia práctica, se buscó garantizar que los jóvenes comprendieran la relevancia de la higiene en la prevención de enfermedades, alentándolos a aplicar lo aprendido en sus hogares y comunidades.

Resultados Esperados

- **Concienciación**: Aumentar la conciencia entre los estudiantes sobre la importancia del manejo higiénico de alimentos.
- **Replicación**: Fomentar que los estudiantes se conviertan en replicadores de la información en sus hogares, transmitiendo lo aprendido a sus familias para disminuir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).
- **Compromiso Comunitario**: Generar un compromiso entre los estudiantes para adoptar prácticas higiénicas en su entorno cotidiano.

Conclusiones

Se evidenció un alto interés entre los estudiantes en compartir lo aprendido con sus familias, lo que sugiere un potencial significativo para replicar las prácticas de higiene alimentaria en el hogar.

La inclusión de materiales visuales, como el cartel sobre el lavado de manos y los folletos informativos, proporcionó un apoyo adicional para el aprendizaje y la retención de la información.

La actividad contribuye a la promoción de hábitos saludables en la comunidad, alineándose con los objetivos de salud pública para reducir el riesgo de enfermedades transmitidas por alimentos en el municipio de Valledupar.

El uso de una obra de títeres y un dado didáctico como herramientas educativas demostró ser una estrategia efectiva para involucrar a los estudiantes, facilitando la asimilación de conceptos clave de manera entretenida y dinámica.

Los resultados y la retroalimentación de la actividad proporcionan una base sólida para diseñar futuras iniciativas de educación en salud, permitiendo la mejora continua y la adaptación a las necesidades de los estudiantes.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Compartir los conocimientos adquiridos con sus familias, convirtiéndose en promotores de la higiene alimentaria en sus hogares.	Estudiantes	Permanente
2.	Informar a otros compañeros y amigos sobre la importancia del manejo higiénico de alimentos, promoviendo una cultura de salud en su comunidad.	Estudiantes	Permanente
3.	Participar en futuras capacitaciones y actividades educativas relacionadas con la salud y la nutrición.	Concentración Santo Domingo	2025

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

IE Concentración Santo Domingo- Prevención de ETA, 2 Octubre 2024 grados 2°, 3° y 4° de primaria









REGISTRO FOTOGRAFICO
IE Concentración Santo Domingo- Prevención de ETA, 2 Octubre 2024 grados 2°, 3° y 4° de primaria





ANEXOS:	Oficio de concertación, certificado de asistencia, Listados de estudiantes, material informativo entregado, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	Olga Yesenia Díaz Celedón	
	Nombre:	Olga Yesenia Díaz Celedón	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Alvaro Alvarez	92549052	
	Isabel Calderon L.	49.787,994	

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NACIONAL LOPERENA
MONUMENTO NACIONAL
APROBADO POR RESOLUCIÓN 000727 NOVIEMBRE 22 DEL 2022
PREESCOLAR, PRIMARIA, BASICA SECUNDARIA Y MEDIA ACADEMICA
DANE 120001000115
JORNADA DIURNAS

EL RECTOR

CERTIFICA:

Que se realizó en esta Institución Educativa una actividad lúdica y pedagógica basada en orientaciones de información en salud en el manejo higiénico de alimentos, para disminuir el riesgo de enfermedades por alimentación actividad desarrollada por el Hospital Eduardo Arredondo Daza y la alcaldía municipal de Valledupar en la cual participaron 182 estudiantes de los grados segundo (2°), tercero (3) y cuarto (4) de educación básica primaria de la sede CONCENTRACION SANTO DOMINGO de la jornada de la tarde.

Nota: Se anexa el listado de los estudiantes participantes en la actividad, debido a que no se pueden hacer este proceso sin la debida autorización de su acudiente y/o representante.

Se expide esta certificación a solicitud de la parte interesada, el día 13 de noviembre del 2024

Cordialmente;

Mgr. GONZALO QUIROZ MARTINEZ
Rector

CALLE: 16. No 11 – 75. Teléfonos 5898305 –5898298 Telefax: 5744244 Email:
coloperenavalledupar@gmail.com - www.colegioloperena.edu.co
VALLEDUPAR – CESAR

SEDE	JORNADA	GRADO_C	GRUPO	TIPODOC	DOC	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE1	NOMBRE2	GENERO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1066296605	BARRAGAN	MENDOZA	MARIA	ISABEL	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I	1066296281	CASTELLANOS	RAMOS	KEREN	VANESA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1065892793	CERPA	NAVARRO	SHAROOM	MICHELL	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1067627737	DAZA	SOTO	JUAN	JOSE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1066297198	DAZA	VALERA	JUAN	PABLO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1065845121	ESCOBAR	PEREZ	KEILER	MATHIAS	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1235338896	GARCIA	PEREZ	ARIANA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1031846297	IGLESIAS	DIAZ	JOSUE	EMANUEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1067635100	JULIO	LARA	GLORIA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1137876573	MANDON	PEREZ	LUCIANA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1066892550	MARQUEZ	GOMEZ	EMILY	VICTORIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1067635589	MARQUEZ	QUINTO	ORLANDO		MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1036785913	MIRANDA	MARRUGO	ISAAD	DANIEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1066892208	MONTERO	CORREDOR	MARIANGEL		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	PPT	6995778	MORELO	ANDRADE	VICTORIA	ANDREA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1067629471	MUÑOZ	CASTAÑEZ	ANNY	SALOME	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1092545797	NUÑEZ	JIMENEZ	EMILY	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1201263026	NUÑEZ	JIMENEZ	JESUS	EMMAANUEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1118870682	PEREZ	RACERO	ZAMARA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1066891460	RANGEL	ESTEBAN	ALISSON	NAHOMY	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1066294108	RINCON	OLAYA	GREGORY	ENRIQUE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	PPT	5464862	RIVAS	VELASQUEZ	YEINSTZ	ENRIQUE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1065845902	RODRIGUEZ	VILLAZON	NATHALI	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1067633058	ROMERO	RANGEL	SARA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1067633175	RUIZ	AVILA	VALENTINA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1066294915	RUIZ	OÑATE	CELESTE	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1067632539	SIERRA	ARDILA	SARAH	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1066891138	SOTELO	CRIOLLO	SEBASTIAN	ANDRES	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	RC	1065844113	VERGARA	BRITO	ISABELLA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	201	T.I.	1011245410	VIANA	CORONADO	ARANTZA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	57394380	ACOSTA	ACEVEDO	JERONIMO		MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1120754117	ACOSTA	RODRIGUEZ	SOL	DE DIOS	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1137728424	BARRETO	MARTINEZ	MIGUEL	JOSE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1065849226	CARRILLO	OJEDA	THIAGO	LUIZ	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1067819244	COBA	PEÑATE	FREDERICK		MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	T.I.	1065833528	DE LA HOZ	FRAGOZO	SHAYRA	PAOLA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	PPT	7102876	DURAN	OLLARVES	JULIETH	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	T.I.	1067633265	ESTRADA	MAESTRE	MATTEUS	LEONARDO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	T.I.	1066887546	HERNANDEZ	ORTIZ	ISABELLA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	T.I.	1137726500	MARTINEZ	CEPEDA	ARANZA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	T.I.	1066296589	MENGUAL	GUZMAN	CATALEYA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1137877846	MOLINA	LARIOS	GABRIELA	ISABEL	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1067633698	MONTERO	CHAVARRO	MARWIN	JOSE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	PPT	62322164	MORELO	ANDRADE	GERARDO	JAVIER	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1066890683	NEIRA	VEGA	MATEO	ALEJANDRO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1137878210	NUÑEZ	BELTRAN	THIAGO	JOSUE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1143172068	NUÑEZ	GONZALEZ	ROYMAR	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1137728602	PAREJO	QUINTERO	JUAN	ESTEBAN	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	T.I.	1066001543	PEÑALOZA	AGREDO	SAMUEL	ELIAS	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1067631409	QUINTERO	CARRANZA	MATIAS	ANDRES	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	T.I.	1066888700	RAMOS	GONZALEZ	GIAN	LUCAS	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1066890121	RANGEL	CALDERON	BREIDI	LISETH	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1066296544	REALES	VELEZ	SAMANTA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	PPT	4885751	REYES	MALDONADO	KERWIN	ANDRES	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	T.I.	1025903242	ROSALES	MARTINEZ	PAUL	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1137728821	SANTIAGO	SALAZAR	LUCIANA	ANDREA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1066890197	SILVERA	AREVALO	JEREMIE	MATHIE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1066892124	VALENCIA	BOLAÑOS	MARIA	VICTORIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1067633098	VALLEJO	LEMUS	ADRIANA	LUCIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1067633099	VALLEJO	LEMUS	LUCIANA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	2	202	RC	1066890277	VEGA	ROJANO	VALENTINA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1122412351	AMAYA	DAZA	ANA	ISABEL	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066889493	ARIAS	ARIAS	ESTEBAN	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066293272	ARIAS	MENDOZA	LUCAS	MIGUEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066294155	BARRETO	SOSA	LUIS	MATEO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1065856307	BLANCO	RUIZ	LUISA	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1065831220	CANO	QUINTERO	LUIS	ANGEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1065836210	CASTRO	AGUILAR	ELIZABETH		FEMENINO

SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1137727062	ESPINOSA	URUETA	GUADALUPE		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066295445	FERNANDEZ	GUERRA	MARIA	ALEJANDRA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1067626315	FERRER	MONTERO	ANGEL	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1067631669	GOMEZ	BRUGES	ESTHEPANIA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1065836756	GOMEZ	QUINTERO	ANTHONELLA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066888987	GUTIERREZ	GUILLEN	ANA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1214466992	LUQUEZ	SANCHEZ	JAIDERLYN	CRISBEL	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1137876902	MARQUEZ	BULLA	THALIANA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066295400	MERCADO	SOTO	LUIS	MATEO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1067626812	MIELES	SERNA	SANTIAGO		MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066295295	MOLINA	CASTILLO	EMILY		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1067629717	MONTES	HERNANDEZ	TALIANA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066294726	NAVARRO	MANJARREZ	LAURA	ALEJANDRA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066295578	ORTEGA	HURTADO	LORENS	ZARETH	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066293175	PAREJO	QUINTERO	TIAGO	JOSE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1067630363	PUERTA	VILORIA	CHRISTIAN	DANIEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066885910	QUINTERO	BERRIO	CRISTIAN	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066888031	QUIROZ	CHINCHILLA	ALAN	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066293449	RAMOS	SOCARRAS	MARIANGEL		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066889463	RIOS	GELVIS	LUISA	HELENA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066890268	RIVERA	CASTRILLON	SARAHY		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1067631715	SALGADO	GUERRA	LIAM	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1067631716	SALGADO	GUERRA	MATHIAS	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1067629827	TAPIAS	CALDERON	ALEJANDRO	MISAT	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1066888410	TRUJILLO	ROMERO	MARIANGEL		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	301	T.I.	1137726450	URBAY	MONTES	MILAGRO	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066294001	ALTAMAR	ORTIZ	MATTIAS		MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1067626156	AZULA	LOPEZ	XANTIAGO	ANDRES	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066889526	BERMUDEZ	ROMERO	VALERIA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1065839079	BLANCO	ESCUDERO	ELIZABETH	SAMARA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1067628833	CARDENAS	HURTADO	JORGE	ALEJANDRO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066889771	CARO	JIMENEZ	JOSUE	CAMILO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1175717256	CARVAL	MEJIA	DULCE	ALEJANDRA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1137726597	CASTRO	TAPIAS	YEIMAR		MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066294866	CHAMORRO	BORJA	AMADA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066294797	DAZA	NIETO	THOMAS	ELIAS	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066294818	DE LOS REYES	RANGEL	ESTEBAN	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066890633	DIAZ	LOPEZ	DAVID	LUIZ	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	RC	1067631394	DURAN	SEPULVEDA	NAILETH		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1137876560	ELJADUE	CABRERA	WADITH		MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1079939621	FERREIRA	MEDINA	JORGE	MARIO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066889396	GOMEZ	MONTES	SARA	SOPHIE	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066295606	GONZALEZ	FELIZOLA	JUAN	SEBASTIAN	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066295056	GONZALEZ	PINTO	RAFAEL	JULIAN	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1067626813	HERNANDEZ	GOMEZ	SALOME		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1067627821	MANJARRES	FERNANDEZ	YENI	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066884996	MARTINEZ	CEPEDA	ZHAJIA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1067629438	MARTINEZ	LOPEZ	MARIAPAZ		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066889155	NIEBLES	ORCINES	ELVIS	ADRIAN	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066293590	PACHECO	SEPULVEDA	JULIANA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1023406763	RANGEL	SANTIAGO	ANGEL	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1067625601	REMON	ZULETA	LUIS	CARLOS	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	PPT	7494853	RODRIGUEZ	MARTINEZ	MILAGROS	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066295111	ROJAS	CUELLO	EMILY		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066293846	SALGADO	VASQUEZ	SHAYRA	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066884709	SIERRA	ACUÑA	MARIA	DEL CARMEN	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	3	302	T.I.	1066890266	TORRES	SANCHEZ	BRAINER	YESITH	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1067630581	ABAD	CUELLO	VALENTINA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1101694775	ANAYA	NIÑO	HEILLY	SALOME	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1066884621	ARIAS	BELILLA	SUSAN	JIREH	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1066294770	BARROSO	VEGA	RODOLFO	ANTONIO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1066884252	BECERRA	CLEVES	KARLIN	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1066291908	BELTRAN	FLOREZ	DANNA	KARINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1065830458	CABRERA	TERAN	YURYETH	DAYANA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	PPT	6415035	CALDERA	VALENCIA	ELIAN	JOSUE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1065822507	CASTRO	VALLE	JUAN	FELIPE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	PPT	5731961	CHAVEZ	VALERO	WILCAR	VALERIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1137874853	CONTRERAS	MORENO	JUAN	ESTEBAN	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	PPT	6875253	DAZA	FERRER	NATHALIA	SOFIA	FEMENINO

SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1067623918	DE ALBA	VILLAR	ANTHONY	MIGUEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1067626775	GARCIA	CUENTA	JESUS	ANTONIO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1057523210	HERNANDEZ	MORA	SEBASTIAN	JAVIER	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1066886535	HERNANDEZ	ROJAS	EYLEEN	MILENA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1067623094	JACOME	QUINTO	THIAGO	ANDRES	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1064799634	JARAMILLO	ROMERO	INGRIS	CATALINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1064124776	LOBO	GONZALEZ	MIGUEILYS	DE LOS ANGE	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1122413229	LOPEZ	BAQUERO	LUIS	MATEO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1066885920	MARTINEZ	LAMBRAÑO	NELIS	MERCEDES	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1067629113	MOJICA	NUÑEZ	ISAAC	JOSE	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1066884896	OSPINO	JIMENEZ	DIOVANIS	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1067618906	RAMIREZ	AYALA	ANDREA	CRISTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1137874216	SANTANA	RIMON	ADAN	MOISES	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1066293174	SERPA	BRAVO	JADER	JULIAN	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	401	T.I.	1085230685	TAPIAS	ANAYA	KAROL	DANIELA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1043319096	BECERRA	RAMOS	THALYANA	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1137874779	BELLO	VASQUEZ	MAYRA	ALEJANDRA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1067625598	BLANCO	GARCIA	CRYSTAL	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1065861019	BLANCO	LEON	GEIDERLYN	NAZARETH	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1043461986	CABRERA	GARCIA	ALEX	DAVID	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1137874353	CASTAÑEDA	ESCALLON	TOMAS	ANDRES	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1065838546	CASTRO	JIMENEZ	NICOLAS	DANIEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1065822506	CASTRO	VALLE	JOSE	SAMUEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066292643	FONSECA	MENDEZ	ASLY	NATALIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	PPT	3010682	GARCES	INCIARTE	ANAIS	VICTORIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066886698	GOMEZ	MONTES	KAROLL	GABRIELA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	NES:NÚM	N5281507245	GONZALEZ	SANTANA	JHONAILYS	VIRGINIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1065807048	HERRERA	ARCE	SHAIRA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1067625608	MARTINEZ	BECERRA	SOFIA	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066293454	MEDRANO	LEMUS	DANIER	MATHIAS	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066885364	MOLINA	MONTAÑO	EDUARDO	RAFAEL	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066886788	MUÑOZ	PEÑALOZA	LESLYE	MARIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066293363	NAVARRO	CORZO	MARIA	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1034668679	OROZCO	MORENO	SHAIRA	LISET	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1067624891	PACHECO	NARANJO	MELANNY	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066292934	PEREZ	HERRERA	VALENTINA		FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1067816816	PEREZ	IMBRECHT	GILMER	ANTONIO	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066887286	QUINTERO	TORRES	YERALDIN	NICOLL	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066290247	RINCON	SANTANA	ASTRITH	ALEXANDRA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	PPT	6319189	RODRIGUEZ	CARRILLO	MARIA	VICTORIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	PPT	6338720	ROSALES	VALERA	SOFIA	VALENTINA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066887336	SOLANO	NARANJO	VALERY	SOFIA	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1137874983	SOTELO	CRIOLLO	ROBERTO	CARLOS	MASCULINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1065827349	SUAZA	PALLARES	MARIA	SALOME	FEMENINO
SEDE CONCE	TARDE	4	402	T.I.	1066883551	URBAY	MONTES	JHON	STEVEN	MASCULINO

ACTIVIDAD No. 2

Realizar siete (7) orientaciones de información en salud a (300) mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna relactancia y donación de leche humana, con el fin de fomentar la practica desde la primera hora de vida y hasta los seis meses la lactancia materna exclusiva y hasta los dos años o más de forma complementaria en zona urbana y rural del municipio de Valledupar.

INFORME DE ACTIVIDADES No. 003

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 767
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTE Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS **($1.416.738.625,00)** MCTE.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES.
PERIODO REPORTADO	**OCTUBRE DE 2024**
VALOR EJECUTADO MES	**$ 12.000.000 PESOS**

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDAD DE CUMPLIMIENTO	ANEXOS
Realizar siete (7) orientaciones de información en salud a (300) mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna relactancia y donación de leche humana, con el fin de fomentar la practica desde la primera hora de vida y hasta los seis meses la lactancia materna exclusiva y hasta los dos años o más de forma complementaria en zona urbana y rural del municipio de Valledupar.	Durante este periodo se llevó a cabo una (1) orientación de información en salud en el entorno comunitario dirigido a mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias. El lugar de ejecución de la orientación fue seleccionado siguiendo las directrices establecidas en la ficha técnica de la actividad así: **Área urbana:** 1. Asociación de padres de familia del hogar infantil Guatapuri - Micro territorio Barrio 450 años Mediante oficio se realizó previa concertación con la representante del componente salud y nutrición que presta los servicios de programa de primera infancia del ICBF en la modalidad familiar en este territorio.	Oficio de concertación. Acta de actividad con registros fotográficos y listados de asistencias Videos. Informe de ejecución de la actividad. Plan de acción con seguimiento.

Se anexa; Soportes relacionados por cada obligación contractual.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes Noviembre del 2024

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Olga Yesenia Diaz Celedon Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES No. 3

Ejecución de una (1) orientación de información en salud a mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna relactancia y donación de leche humana, con el fin de fomentar la practica desde la primera hora de vida y hasta los seis meses la lactancia materna exclusiva y hasta los dos años o más de forma complementaria en zona rural del municipio de Valledupar. Estrategia "CUIDA LO QUE COMES"

ELABORADO POR:
DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

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, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en la dimensión seguridad alimentaria y nutricional tiene previsto el desarrollo de diversas actividades que buscan efectuar entornos comunitarios y educativos saludables en la ciudad a través de la estrategia **"Cuida lo que comes"**.

En ese sentido se han desarrollado unas orientaciones en salud que buscan informar, educar y apoyar a las madres, la familia y la comunidad en la práctica de la lactancia materna ya que a pesar de sus numerosos beneficios, muchas madres enfrentan desafíos que pueden obstaculizar su decisión y capacidad para amamantar. Es por eso que el objetivo de estas intervenciones es abordar esas dificultades que se presenten y promover la lactancia materna como la forma óptima de alimentación infantil reconociendo que es un pilar fundamental para el crecimiento y desarrollo saludable de los recién nacidos, además de ser una práctica que fomenta el vínculo afectivo entre madre e hijo.

La lactancia materna no solo contribuye al bienestar del bebé, sino que también juega un papel crucial en la prevención de la desnutrición infantil. La leche materna proporciona todos los nutrientes necesarios para el desarrollo en los primeros meses de vida y refuerza el sistema inmunológico del bebé, reduciendo el riesgo de enfermedades y complicaciones que pueden llevar a la desnutrición.

Este informe presenta las estrategias implementadas para fomentar la lactancia materna, abarcando desde la sensibilización sobre sus ventajas hasta la capacitación a mujeres gestantes, en periodo de lactancia materna y madres comunitarias en técnicas de apoyo. Además, se destaca la importancia de crear un entorno amigable para la lactancia, tanto en el ámbito familiar como en la comunidad, promoviendo políticas que respalden esta práctica esencial.

A través de estas orientaciones, buscamos no solo aumentar las tasas de lactancia materna en nuestra población, sino también generar un cambio cultural que valore y respete la decisión de las madres de amamantar, garantizando que cada familia reciba el apoyo necesario para llevar a cabo esta experiencia enriquecedora y prevenir la malnutrición en nuestros niños y niñas.

2. OBJETIVOS

Fortalecer el conocimiento y las habilidades de las mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias priorizadas del municipio de Valledupar área urbana y rural, para asegurar una adecuada práctica de la lactancia materna, relactancia y donación de leche humana, promoviendo así la salud infantil y el vínculo materno, y contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil relacionada con la desnutrición.

3. METODOLOGIA

- Formalizar y realizar la articulación con los actores involucrados informando de la actividad a realizar.
- Realizar la programación según el plan de acción para la realización de las intervenciones en los lugares establecidos.
- Ejecutar las actividades descritas en la ficha según cronograma definido.
- Realizar el informe de ejecución de las actividades.

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

- Disminuir riesgos nutricionales en niños y niñas.
- Brindar información, educación y comunicación a la población objeto sobre lactancia materna proporcionando información sobre la duración recomendada y las técnicas adecuadas para amamantar.
- Incrementar la comprensión sobre los beneficios de la lactancia materna, no solo para el bebé, sino también para la madre, incluyendo la prevención de la desnutrición y el fortalecimiento del sistema inmunológico.
- Promover la lactancia materna como una estrategia efectiva para prevenir la desnutrición infantil, asegurando que los bebés reciban todos los nutrientes necesarios durante sus primeros meses de vida.
- Ofrecer recursos y espacios de apoyo donde las madres puedan compartir experiencias, resolver dudas y recibir motivación para continuar amamantando.
- Detección e identificación de casos de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda.

5. EJECUCION

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
Realizar siete (7) orientaciones de información en salud a (300) mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna relactancia y donación de leche humana, con el fin de fomentar la practica desde la primera hora de vida y hasta los seis meses la lactancia materna exclusiva y hasta los dos años o más de forma complementaria en zona urbana y rural del municipio de Valledupar.
1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
ITEM A. ESTRATEGIA "CUIDA LO QUE COMES" **Concertación con los actores involucrados en el micro territorio del Barrio 450 años del municipio de Valledupar para informar de la actividad a realizar y solicitar la convocatoria de la población a intervenir de acuerdo a la guia para la implementación de la estrategia.** Para la ejecución de la actividad se concertó mediante oficio con la representante del componente de salud y nutrición de la asociación de padres de familia del hogar infantil Guatapuri la cual tiene a su cargo la prestación del servicio de primera infancia del ICBF a través de la modalidad familiar a mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia con el apoyo de madres comunitarias (agentes educativas comunitarias). **ANEXOS ITEM A:** - Oficio para la concertación de la actividad. **ITEM B. ESTRATEGIA "CUIDA LO COMES".** **Desarrollo de las orientaciones de información en salud de acuerdo a lo establecido en la ficha técnica para la implementación de las actividades dirigidas a mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias seleccionadas en el micro territorio del Barrio 450 años.** El principal objetivo de esta actividad es fortalecer el conocimiento y las habilidades de las mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias priorizadas del municipio de Valledupar área urbana y rural, para asegurar una adecuada práctica de la lactancia materna, relactancia y donación de leche humana, promoviendo así la salud infantil y el vínculo materno, y contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil relacionada con la desnutrición. La ejecución de esta estrategia se inició con tres (3) orientaciones de información en salud en el mes de agosto, continuó en el mes de septiembre con una (1) en el corregimiento alto de la vuelta y en el mes de octubre se desarrolla la actividad en el micro territorio del Barrio 450 años como lo establece la ficha técnica de la actividad: A continuación se describe el desarrollo de la actividad en este lugar:

1. Asociación de padres de familia del hogar infantil Guatapuri- Micro territorio Barrio 450 años

Mediante oficio se realiza concertación con la asociación de padres de familia del hogar infantil Guatapuri representada a través del componente de salud y nutrición por la Dra Jennifer Marcela Montes Barrios, para la realización de las orientaciones a su población gestante, lactante y madres comunitarias (agentes educativas) beneficiarias del programa de primera infancia del ICBF ubicadas en el micro territorio del barrio 450 años.

En la concertación se acordó realizar las orientaciones en las siguientes fechas: 15 y 17 de octubre con gestantes y lactantes en jornada de la mañana y en las tardes teniendo en cuenta que son estos los espacios en los cuales reúnen a la población objeto de esta actividad.

De acuerdo a lo concertado mediante oficio, se da inició a las jornadas de información en salud el día 15 de octubre en jornada de la mañana desde las 8:00 a.m a 10:00 a.m y finalizan el 17 de octubre desde las 2:00 a las 4:00 p.m.

Las actividades estuvieron orientadas por la Nutricionista Dietista Olga Yesenia Díaz Celedon y el apoyo del equipo de la dimensión SAN, la bacterióloga Isabel Calderón Luquez y la enfermera Leila Cervantes. Se contó también con el acompañamiento de la nutricionista de la secretaria de local de salud, la Dra Yajaira Peña Acosta.

Durante la orientación de información en salud, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC inicia las actividades con la presentación del equipo y posteriormente dan a conocer el objetivo de la actividad organizada a través de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES" coordinada entre la secretaria de salud de Valledupar y el Hospital Eduardo Arredondo Daza, dando a conocer el desarrollo de la misma.

En orientación se utilizó ayudas didácticas como simuladores de leche materna, simuladores de senos, simuladores de estómagos para evaluación de capacidad gástrica de los bebés y simuladores de bebé para desarrollar las siguientes temáticas:

- Lactancia Materna Exclusiva y Continuada
- Propiedades Nutricionales de la Leche Materna
- Situaciones Especiales que Interfieren en el Éxito de la Lactancia como: La leche materna no llena, el bebé queda con hambre, la Falta de Apoyo Social y Familiar, el regreso al trabajo, el Agarre Incorrecto del seno, la Producción Insuficiente de Leche, frecuencia de Alimentación con leche materna

Se orientó también sobre:

- Posiciones para Amamantar:
- Tipos de Leche Materna Durante la Mamada
- Extracción, Conservación y Transporte de la Leche Materna
- Donación de Leche Materna:
- Proceso de relactancia
- Consecuencias del uso de fórmulas lácteas infantiles y el uso del biberón

EVALUACIÓN

La evaluación fue realizada a través de la observación donde se pudo apreciar que hubo un alto nivel de participación e interés por parte de las asistentes al realizar preguntas, dar su opinión y contar sus experiencias sobre el tema. Se espera que las orientaciones brindadas contribuyan a aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en el municipio de Valledupar.

ANEXOS ITEM B:

- Acta de desarrollo de la actividad
- Evidencias fotográficas
- Registro de asistencia
- Videos

A continuación se describe el consolidado general de caracterización de la población intervenida donde se evidencia el número de intervenciones realizadas, el total de los participantes, el género, el momento curso de vida al que pertenecen y el enfoque diferencial.

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	Personas 60 años o más	Victima	LGTBI	PPL	INDIGENA	ROM	AFRO	PCD	OTROS
Seguridad alimentaria y Nutricional.	Realizar siete (7) orientaciones de información en salud a (500) mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna relactancia y donación de leche humana, con el fin de fomentarla practica desde la primera hora de vida y hasta los seis meses la lactancia materna exclusiva y hasta los dos años o más de forma complementaria en zona urbana y rural del municipio	1	111	111	1	1	1	1	63	46	1	40	1	1	1	2	4	1	28

En el cuadro se puede observar que el número de intervenciones fue una (1); que el total de población intervenida fue de ciento once (111) mujeres entre gestantes, lactantes y madres comunitarias todas se auto reconocen en el género femenino entre las cuales ocho (8) son madres comunitarias (agentes educativas de primera infancia), diez (10) mujeres gestantes; sesenta y cinco (65) mujeres en periodo de lactancia materna y veinti ocho (28) son madres cabeza de familia para un total de asistencia de 111 participantes distribuidas en las diferentes jornadas realizadas en el micro territorio del Barrio 450 años.
Respecto al curso de vida al que pertenecen las participantes; la mayor proporción sesenta y tres (63 mujeres) pertenecen al rango de edad de 18 a 29 años correspondiente al curso de juventud; cuarenta y seis (46 mujeres) tienen entre 30 a 59 años ubicándose en el curso de vida adultez; 2 mujeres son adolescentes.
Respeto al enfoque diferencial se puedo observar que cuarenta (40) participantes son víctimas de violencia entre las cuales treinta y cuatro (34) son víctimas de desplazamiento y seis (6) son población migrante. En cuanto a la etnia se sabe que ocho (8) son indígenas y cuatro (4) pertenecen a población Afro.

CONCLUSIONES

Se logró proporcionar a las participantes una comprensión integral sobre la lactancia materna, abordando tanto la teoría como la práctica. Se enfatizó la importancia de la lactancia materna para la salud del bebé y la madre, y se brindaron herramientas y estrategias para superar posibles dificultades.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

1.2. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Oficio de concertación de las orientaciones.
- Acta de ejecución de la actividad.
- Registros de asistencia.
- Registro fotográfico.
- Videos.

Se anexa; Soportes en medio físico relacionado por actividad, acta de ejecución, registro de planillas de asistencia, oficio de concertación, registro fotográfico, videos e informe con sus soportes en medio magnético.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes de Noviembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Olga Yesenia Díaz Celedon Referente Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del PIC 2024

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

Valledupar 1 de Octubre de 2024

Recibí
Jennifer M. Montes B.
1 octubre 2024

Doctora
Jennifer Marcela Montes Barrios
Apoyo en salud y nutrición
Asociación de padres de familia hogar infantil Guatapuri
Modalidad familiar -ICBF

Cordial saludo

Con el objetivo de promover la lactancia materna y concientizar a nuestra comunidad sobre sus múltiples beneficios, la secretaria de salud y el Hospital Eduardo Arredondo Daza a través del plan de intervenciones colectivas-PIC ha organizado orientaciones de información en salud a trescientas (300) mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna relactancia y donación de leche humana, con el fin de fomentar la practica desde la primera hora de vida y hasta los seis meses la lactancia materna exclusiva y hasta los dos años o más de forma complementaria en zona urbana y rural del municipio de Valledupar.

En este sentido, nos complace informar que hemos seleccionado cuidadosamente a la muestra de participantes para asegurar que el contenido del programa sea relevante y adecuado a sus necesidades. Nos gustaría contar con la presencia y participación de al menos cien (100) participantes para enriquecer estas sesiones con sus experiencias y preguntas.

El propósito de esta actividad es proporcionar información valiosa y actualizada sobre la lactancia materna, promover prácticas saludables, brindar consejería para resolución de situaciones especiales que beneficien tanto a las madres como a los recién nacidos. Creemos que estas orientaciones serán de gran utilidad para las familias de la comunidad y contribuirá al bienestar de sus miembros.

- **Fecha:** 15 y 17 de octubre de 2024
- **Hora:** Jornada de la mañana y jornada de la tarde.
- **Lugar:** Unidades de servicio Barrio 450 años

Atentamente

Olga Yesenia Diaz Celedon
Referente PIC- SAN 2024

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional						
LUGAR:	Asociación de padres de familia del hogar infantil Guatapuri modalidad familiar del ICBF Barrio 450 años	**FECHA**	15 y 17 Octubre 2024	**HORA INICIO**	8:00 a 10:00 a.m.		
				HORA FINAL	2:00 a 4:00 p.m.		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	**REUNION**	**CONCERTACION**	**CARACTERIZACION**			
	Reunión	**Capacitación**	**Otra/cual:**	Orientaciones de información en salud			
TEMA:	Orientaciones de información en salud a mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna relactancia y donación de leche humana, con el fin de fomentar la practica desde la primera hora de vida y hasta los seis meses la lactancia materna exclusiva y hasta los dos años o más de forma complementaria en el municipio de Valledupar.						
OBJETIVO:	Fortalecer el conocimiento y las habilidades de las mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias del barrio 450 años, para asegurar una adecuada práctica de la lactancia materna, relactancia y donación de leche humana, promoviendo así la salud infantil y el vínculo materno, y contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil relacionada con la desnutrición.						
POBLACIÓN OBJETIVO:	Mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias.						

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Mediante oficio se realiza concertación con la asociación de padres de familia del hogar infantil Guatapuri representada a través del componente de salud y nutrición por la Dra Jennifer Marcela Montes Barrios, para la realización de las orientaciones a su población gestante, lactante y madres comunitarias (agentes educativas) beneficiarias del programa de primera infancia del ICBF ubicadas en el micro territorio del barrio 450 años.

En la concertación se acordó realizar las orientaciones en las siguientes fechas: 15 y 17 de octubre con gestantes y lactantes en jornada de la mañana y en las tardes teniendo en cuenta que son estos los espacios en los cuales reúnen a la población objeto de esta actividad.

De acuerdo a lo concertado mediante oficio, se da inició a las jornadas de información en salud el día 15 de octubre en jornada de la mañana desde las 8:00 a.m a 10:00 a.m y finalizan el 17 de octubre desde las 2:00 a las 4:00 p.m.

Las actividades estuvieron orientadas por la Nutricionista Dietista Olga Yesenia Díaz Celedon y el apoyo del equipo de la dimensión SAN, la bacterióloga Isabel Calderón Luquez y la enfermera Leila Cervantes. Se contó también con el acompañamiento de la nutricionista de la secretaria de local de salud, la Dra Yajaira Peña Acosta.

A continuación, se dio a conocer el propósito del PIC coordinado por la secretaria de salud de Valledupar y el Hospital Eduardo Arredondo Daza y se dio la bienvenida a las participantes, explicando el propósito de la actividad y la importancia de la lactancia materna en el desarrollo saludable de los bebés.

Durante el desarrollo de las orientaciones se utilizaron materiales educativos como simuladores de leche materna, simuladores de seno materno, bebe y estómagos de referencia para medir la capacidad gástrica de los bebes. Con estos materiales se logró una mayor explicación y comprensión de los temas.

Las orientaciones fueron dirigidas a población del género femenino de acuerdo a las especificaciones de la ficha técnica de la actividad, por lo tanto la participación fue del 100% de este género entre las cuales ocho (8) son madres comunitarias (agentes educativas de primera infancia), diez (10) mujeres gestantes; sesenta y cinco (65)

mujeres en periodo de lactancia materna y veinti ocho (28) son madres cabeza de familia para un total de asistencia de 111 participantes distribuidas en las diferentes jornadas realizadas en el micro territorio del Barrio 450 años. Respecto al curso de vida al que pertenecen las participantes; la mayor proporción sesenta y tres (63 mujeres) pertenecen al rango de edad de 18 a 29 años correspondiente al curso de juventud; cuarenta y seis (46 mujeres) tienen entre 30 a 59 años ubicándose en el curso de vida adultez; 2 mujeres son adolescentes.

Contenido de la orientación:

1. **Lactancia Materna Exclusiva y Continuada:**
   - Explicación detallada sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé, y la continuidad de la lactancia materna complementada con alimentos sólidos hasta los dos años o más.
   - Beneficios para la salud del bebé y de la madre, incluyendo la protección contra infecciones y el fortalecimiento del vínculo afectivo.
2. **Propiedades Nutricionales de la Leche Materna:**
   - Descripción de los nutrientes esenciales presentes en la leche materna, tales como proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales.
   - Explicación de cómo la leche materna se adapta a las necesidades del bebé a medida que crece.
3. **Situaciones Especiales que Interfieren en el Éxito de la Lactancia:**
   - Identificación y manejo de desafíos comunes como la dificultad para el agarre, problemas de producción de leche, y condiciones médicas que puedan afectar la lactancia.
   - Estrategias de solución y apoyo disponible para las madres.
4. **Posiciones para Amamantar:**
   - Instrucciones sobre las diferentes posiciones para amamantar, tales como la posición de cuna, la posición de balón de fútbol y la posición acostada.
   - Recomendaciones para elegir la posición más cómoda y efectiva para la madre y el bebé.
5. **Tipos de Leche Materna Durante la Mamá:**
   - Descripción de las fases de la leche materna (calostro, leche de transición y leche madura) y sus características.
   - Explicación de cómo estas fases se corresponden con las necesidades nutricionales del bebé en diferentes etapas.
6. **Extracción, Conservación y Transporte de la Leche Materna:**
   - Técnicas de extracción manual y mecánica.
   - Procedimientos adecuados para la conservación y almacenamiento de la leche materna en casa.
   - Directrices para el transporte seguro de la leche materna, si es necesario.
7. **Donación de Leche Materna:**
   - Información sobre el proceso de donación de leche materna, incluyendo los requisitos para ser donante y el proceso de recepción y manejo en bancos de leche.
8. **Proceso de relactancia**

A continuación, con el objetivo de conocer la existencia de situaciones que estén interfiriendo con la lactancia materna se pidió a las asistentes que mencionaran aquellas situaciones que conocen o que han experimentado y por lo cual no se logra una lactancia satisfactoria:

Entre las respuestas del público y las orientaciones brindadas fueron las siguientes:

"La leche materna no llena, el bebé queda con hambre"

Se aclaró que en general, la leche materna es completamente adecuada para satisfacer las necesidades nutricionales de los bebés durante los primeros seis meses de vida, y suele continuar siendo una fuente principal de nutrición durante el primer año y más allá. Sin embargo, hay algunas razones por las que un bebé podría parecer insatisfecho o no "llenarse" con la leche materna:
Razones Comunes

1. **Agarre Incorrecto:**
   - Si el bebé no está agarrando el pecho correctamente, puede que no esté extrayendo suficiente leche. Esto puede llevar a que el bebé no se sienta satisfecho.
2. **Producción de Leche Insuficiente:**
   - Algunas madres pueden experimentar una baja producción de leche. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la producción de leche suele ser adecuada para las necesidades del bebé, y muchos factores pueden influir en la percepción de baja producción. Para explicar esto se utilizó material didáctico como simuladores para indicar la capacidad gástrica del bebé en sus diferentes etapas, explicando que la cantidad de leche materna que se va producción por etapas, es la cantidad exacta que el bebé necesita para saciarse.
3. **Frecuencia de Alimentación:**
   - Los bebés tienen estómagos pequeños y necesitan alimentarse con frecuencia. Si pasan mucho tiempo entre tomas, podrían parecer insatisfechos.
4. **Crecimiento y Desarrollo:**
   - Los bebés pasan por períodos de rápido crecimiento y pueden necesitar alimentarse con más frecuencia durante estos tiempos. Esto se conoce como "brotes de crecimiento".
5. **Contenido de Leche:**
   - La leche materna cambia durante la toma. Al principio, el bebé recibe una leche más rica en agua (leche del principio), mientras que al final recibe leche más rica en grasa (leche del final). Si el bebé no se alimenta el tiempo suficiente para obtener la leche rica en grasa, puede que no se sienta completamente satisfecho. Esta explicación se abordó utilizando material didáctico como simuladores de los tipos de leche que se dan durante las tomas.
6. **Problemas de Salud:**
   - Problemas de salud en el bebé, como reflujo gastroesofágico, alergias, o intolerancias, pueden hacer que el bebé parezca insatisfecho. Es importante consultar con un pediatra si hay preocupaciones sobre la salud del bebé.

Consejos para Abordar el Problema

Revisar el Agarre: Asegurarse de que el bebé esté bien agarrado al pecho. Para esto se indicó a través de la demostración práctica utilizando simuladores (bebe y seno).

- Orientando que el bebé se debe posicionar cerca al cuerpo de la madre quedando de frente a ella, con su barriga tocando la barriga de ella. La cabeza, el cuello y la columna vertebral del bebé deben estar alineados.
- Se debe sostener al bebé con seguridad: Usando el brazo que esté del mismo lado del pecho con el que va a amamantar para sostener al bebé. Sujetar la cabeza del bebé con la mano, de modo que pueda inclinarla hacia atrás ligeramente para abrir bien la boca.
- A continuación la Pediatra brinda orientación sobre la manera de estimular el reflejo de búsqueda indicando que rozando el labio superior del bebé con el pezón: hará que el bebé abra la boca ampliamente, lo que facilita un buen agarre. Además indicó que el buen agarre se logra:

- Cuando el bebé con su boca toma la mayor parte de la areola: No solo el pezón, sino gran parte de la areola debe estar en la boca del bebé. Esto asegura que el bebé esté tomando leche de los conductos lácteos y no solo succionando el pezón.
- Los Labios hacia afuera: Los labios del bebé deben estar vueltos hacia afuera (como un "pico de pez"), y la lengua debe estar debajo del pezón.

Se añadió también que debemos asegurarnos de que el Bebé esté bien acomodado:

- Sin tensión en el cuello del bebé: El bebé debe poder inclinar la cabeza hacia atrás sin dificultad. Su barbilla debe estar tocando tu pecho, y su nariz debe estar libre.
- Ajustar la posición si es necesario: Si se siente dolor o nota que el bebé no está bien prendido al pecho, se interrumpe suavemente la succión metiendo un dedo limpio en la comisura de la boca del bebé para romper el sello, y luego volver a intentarlo.

Interviene la nutricionista del PIC indicando que podemos identificar que hay buen agarre del pecho cuando hay:

- Ausencia de dolor: Amamantar no debería causar dolor. Si se experimenta dolor, es probable que el agarre no sea adecuado.
- Succión rítmica y pausas: Un buen agarre permite al bebé succionar eficazmente y hacer pausas para tragar.
- Producción de leche adecuada: Si el bebé está bien prendido, se debe notar un buen flujo de leche y el bebé debería estar satisfecho después de la alimentación.
- La comodidad de la madre también es importante, y para esto la enfermera del PIC nos hizo una demostración sobre algunas posiciones o posturas que se pueden tomar durante el amamantamiento.
- **Se indicó que ofrecer el Pecho con Frecuencia:** Permite que el bebé se alimente con la frecuencia que desee. La demanda frecuente ayuda a aumentar la producción de leche. Siendo esta una regla de oro en la lactancia- *Mayor succión, mayor producción.*
- **Verificar la Producción de Leche:** Si sospechan que la producción de leche puede ser un problema, considera hablar con un asesor de lactancia para evaluar la situación y recibir recomendaciones.
- **Consultar al Pediatra:** Si hay síntomas inusuales o si el bebé parece enfermo, es crucial consultar a un pediatra para descartar problemas de salud.

Interviene como apoyo a las orientaciones la nutricionista de la secretaria de salud aportando que la lactancia materna es una experiencia única para cada madre y bebé, y es normal tener preguntas o enfrentar desafíos, por lo tanto, buscar apoyo de profesionales en lactancia y pediatras puede ser muy útil para resolver cualquier preocupación.

"El dolor en los senos, por las grietas o peladuras que se presentan en las primeras semanas"

Esta fue otra situación manifestada; por lo cual se orientó en lo siguiente:

Lograr que el bebé se prenda correctamente al pecho es crucial para evitar dolor, grietas en los pezones y asegurar una lactancia exitosa. Si el bebé no agarra correctamente el pecho, puede causar dolor y grietas en los pezones, lo que dificulta la lactancia. Por lo tanto es importante asegurar una buena posición

Cuidar los pezones es importante

- Usando leche materna para sanar: Si se presentan grietas, se aplica un poco de la propia leche en los pezones después de amamantar y se dejan secar al aire.
- Evitar productos irritantes: No usar jabón o productos que puedan resecar o irritar los pezones.

"La baja producción de leche"

Otra situación que conlleva a obligar a instaurar otro tipo de alimentación en los bebés es la baja o poca producción de leche materna.
Al respecto se brindó la siguiente orientación:
La baja producción de leche materna puede ser causada por varios factores, que pueden ser físicos, emocionales o relacionados con la técnica de lactancia. A continuación, se describieron algunas de las causas más comunes:
Lactancia Ineficaz o Infrecuente

- Lactancia poco frecuente: Si el bebé no se amamanta con suficiente frecuencia, la producción de leche puede disminuir. El cuerpo produce leche en respuesta a la demanda del bebé, por lo que menos succión equivale a menos leche. Lo dicho anteriormente.
- Agarre incorrecto: Un mal agarre puede hacer que el bebé no extraiga suficiente leche, lo que puede llevar al cuerpo a producir menos.

El Estrés y Fatiga que pueda estar experimentando la madre

- Estrés: El estrés emocional o físico puede afectar la producción de leche. La hormona del estrés, cortisol, puede interferir con la liberación de prolactina y oxitocina, que son cruciales para la producción y liberación de leche.
- Falta de descanso: La fatiga extrema, común en las nuevas madres, puede disminuir la producción de leche.

Alimentación Suplementaria y Uso de Biberones

Al respecto se brindó información sobre las **consecuencias del uso de fórmulas lácteas infantiles y el uso del biberón:**

- Suplementación temprana con fórmula: La introducción temprana de fórmula puede disminuir la frecuencia con la que el bebé amamanta, reduciendo así la producción de leche.
  La leche de fórmula, aunque diseñada para imitar la leche materna, no siempre se digiere tan fácilmente. Puede causar más gases, cólicos o estreñimiento en algunos bebés. Las fórmulas no contienen los mismos anticuerpos y factores inmunológicos que la leche materna, lo que puede influir en la protección contra infecciones por lo tanto, tienen un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales y respiratorias debido a la falta de anticuerpos presentes en la leche materna.
  La fórmula infantil debe prepararse con agua segura y en las proporciones correctas. La preparación incorrecta puede llevar a problemas de salud para el bebé.
  Riesgos de Contaminación: Las fórmulas pueden contaminarse si no se manejan adecuadamente, lo que puede causar infecciones o problemas gastrointestinales.
  La fórmula infantil puede ser costosa en comparación con la leche materna, que es gratuita. Los costos de los biberones y otros suministros relacionados también pueden sumar gastos adicionales para la familia.
- Uso frecuente del biberón: Si el bebé recibe leche en biberón, puede preferir el flujo más rápido y rechazar el pecho, lo que también puede afectar la producción de leche. De igual manera los bebés que alternan entre biberones y el pecho pueden desarrollar confusión del pezón, lo que puede hacer que tengan dificultades para amamantar adecuadamente.
  La succión del biberón puede no estimular el desarrollo oral y la mandíbula de la misma manera que el pecho materno, lo que podría tener efectos sobre la alineación dental y el desarrollo de los músculos orales.
  El uso prolongado de biberones, especialmente si el bebé duerme con uno o si el biberón contiene líquidos azucarados, puede aumentar el riesgo de caries dental.
  El impacto ambiental: La fórmula infantil y los biberones generan desechos, como envases y botellas, que pueden tener un impacto ambiental, en comparación con la leche materna, que no genera residuos.
  Vínculo Materno-Infantil: La lactancia materna fomenta el contacto piel a piel y el vínculo emocional entre la madre y el bebé. Aunque el biberón puede facilitar la alimentación compartida por otros cuidadores, algunos estudios sugieren que el vínculo afectivo puede ser diferente.
  Inicio Tardío de la Lactancia
- Retraso en la primera toma: Si no se inicia la lactancia dentro de la primera hora de vida, puede haber un impacto negativo en la producción de leche. El contacto piel a piel y la succión temprana son fundamentales para estimular la producción de leche.
  En conclusión se brindó la siguiente orientación para aumentar la producción:
- Para mejorar la producción de leche, se recomienda amamantar frecuentemente, asegurarse de un buen agarre, mantener una buena hidratación con agua, descansar lo suficiente, y buscar ayuda de profesionales en lactancia si es necesario.

"La Falta de Apoyo Social y Familiar".

- Resaltando que es frecuente enfrentarse con la presión para usar fórmula: Algunas madres enfrentan presión de familiares, amigos o profesionales de la salud para complementar o reemplazar la lactancia materna con fórmula. Este fue un espacio para contar su experiencia personal con esta situación que tuvo que enfrentar durante su lactancia materna.
  Desconocimientos y Mitos fue una situación también manifestada por la Nutricionista, la cual aborda:
- Desinformación sobre la lactancia: Mitos como "mi leche no es suficiente" o "mi leche no es buena" "mi leche es aguada" pueden desmotivar a las madres a continuar amamantando.
- Desconocimiento de los beneficios: Muchas madres pueden no estar completamente conscientes de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, tanto para la salud del bebé como para la suya. Hay madres que aún persistente con la creencia de que los niños no pueden crecer y desarrollarse adecuadamente alimentándose con leche materna exclusiva.

Falta de redes de apoyo: Sin una red de apoyo adecuada, las madres pueden sentirse solas y abrumadas, lo que puede llevar al abandono de la lactancia.

" El regreso al trabajo"

Muchas madres una vez terminan la licencia de maternidad o regresan al trabajo o a realizar las actividades que normalmente realizaban antes de su maternidad, abandonan la lactancia materna exclusiva porque desconocen la manera de continuarla aun estando ausente o alejada del bebé.
En algunos casos, la necesidad de volver al trabajo rápidamente o la falta de acceso a recursos de apoyo pueden afectar la capacidad de una madre para continuar amamantando.
Por lo anterior se brindó orientación en la técnica de extracción de la leche materna y la creación de banco de leche casero para dar continuidad a la lactancia en estas situaciones teniendo en cuenta que la extracción de leche materna y la creación de un banco de leche casero son estrategias efectivas para asegurar la continuidad de la lactancia, especialmente si la madre necesita ausentarse o si el bebé tiene dificultades para amamantar directamente del pecho. A continuación, de manera práctica se describieron las técnicas para la extracción de leche materna y los pasos para establecer un banco de leche en casa:

Técnicas de **Extracción de Leche Materna**

A. Extracción Manual

- Preparación:
  1. Lavarse las manos con agua y jabón antes de empezar.
  2. Asegurarse de que los recipientes y utensilios que vaya a utilizar estén limpios y esterilizados.
  3. Masajear suavemente los senos en movimientos circulares para estimular el flujo de leche.
- Técnica:
  1. Colocar el pulgar sobre la parte superior de la areola (la zona oscura alrededor del pezón) y los otros dedos debajo, formando una "C".
  2. Presionar suavemente hacia el pecho y luego hacia adelante, hacia el pezón, evitando apretar solo el pezón.
  3. Repetir el movimiento rítmicamente hasta que la leche comience a salir.
  4. Cambiar la posición de los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas del seno.

B. Uso de Extractor de Leche

- Extractor Manual:
  1. Seguir las mismas indicaciones de preparación que para la extracción manual.
  2. Colocar la copa del extractor sobre el pezón, asegurándose de que esté bien centrada.
  3. Presionar la palanca del extractor de manera rítmica para crear un vacío y extraer la leche.
- Extractor Eléctrico:
  1. Preparar los senos como se indicó anteriormente.
  2. Ajustar la copa del extractor sobre el pezón y encender el aparato.
  3. Comenzar con una succión suave y aumentar gradualmente la potencia según sea necesario y cómodo.
  4. Alternar entre los dos senos, asegurándose de vaciar completamente cada uno.

2. Creación de un Banco de Leche Casero

A. Almacenamiento de la Leche

- Recipientes:
  1. Es recomendable el uso de recipientes de vidrio con tapas plásticas herméticas que estén libres de BPA.
  2. Etiquetar cada recipiente con la fecha de extracción para garantizar el uso del más antiguo primero.
- Refrigeración:
  1. La leche materna recién extraida puede ser almacenada en el refrigerador a 4°C por hasta 4 días.

2. Si no se va usar la leche en ese tiempo, congelarla.

B. Congelación de la Leche

- Método:
  1. Colocar la leche en la parte trasera del congelador, donde la temperatura es más constante.
  2. La leche materna puede ser almacenada en el congelador por hasta 6 meses (y hasta 12 meses en un congelador separado).
  3. Dejar espacio en los recipientes para que la leche se expanda al congelarse.
- Descongelación:
  1. Descongelar la leche en el refrigerador durante la noche, o colocarla bajo agua tibia para un descongelado más rápido.
  2. Nunca usar el microondas o la estufa para descongelar la leche, ya que puede destruir nutrientes importantes y crear puntos calientes que podrían quemar al bebé.

C. Uso de la Leche Almacenada

- Mezclar la leche: Agitando suavemente la leche descongelada para mezclar la capa de grasa que puede haberse separado.
- Verificar la temperatura: Antes de ofrecer la leche al bebé, verificar la temperatura colocando unas gotas en el dorso de nuestra mano. Debe estar tibia, no caliente.
- Consumo: La leche descongelada debe usarse dentro de 24 horas si se mantiene en el refrigerador y no debe volverse a congelar.

Si se requiere **transportar la leche materna** durante Cortos Períodos de Tiempo

Se brindó las siguientes orientaciones:

- Menos de 4 Horas: Si va a transportar la leche por menos de 4 horas, puede mantenerla en una nevera portátil (cava) con un paquete de gel refrigerante. La leche materna puede estar a temperatura ambiente (hasta 25°C) durante 4 horas sin problemas, pero es mejor mantenerla refrigerada si es posible teniendo en cuenta que la temperatura de nuestro territorio es muy alta.

Transporte Prolongado

- Uso de Neveras Portátiles: Nevera con Paquetes de Gel: Colocar los recipientes de leche en una nevera portátil con suficientes paquetes de gel congelados para mantener una temperatura constante.
- Hielo Seco (opcional): Si el transporte es por un período más largo (más de 24 horas), o si necesita mantener la leche congelada, considerar usar hielo seco en la nevera portátil. Asegurándose de envolver bien la leche para protegerla del contacto directo con el hielo seco.
- Mantenimiento de la Temperatura: La leche refrigerada debe mantenerse a una temperatura de 4°C o menos. Si la leche está congelada, debe permanecer congelada durante el transporte.

Llegada al Destino

- Almacenamiento Inmediato: Al llegar a su destino, colocar la leche en el refrigerador o congelador lo antes posible. Si la leche se mantuvo refrigerada, usarla dentro de las 24 horas siguientes.
- No Volver a Congelar: Si la leche se descongeló durante el transporte, no debe volver a congelar. En su lugar, refrigerarla y usarla en las próximas 24 horas.
- Evitar el Calor Directo: No dejar la leche materna en un vehículo caliente o expuesta a la luz solar directa durante el transporte.

A continuación se realizó promoción del banco de leche humana del departamento del cesar. Se le pregunto a las asistentes sobre el conocimiento que tienen de este banco a lo que algunas respondieron que SI sabían de su existencia, y otras respondieron que lo desconocen. Se les indicó que se encuentra en Hospital Rosario Pumarejo de López y se brindó información sobre la donación de leche materna, que es un acto de generosidad

y solidaridad que tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar de muchos bebés, especialmente aquellos que se encuentran en situaciones vulnerables. A continuación, se destacaron las razones por las cuales **la donación de leche materna** es tan importante:

- Salvavidas para Prematuros
- Apoyo en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)
- Bebes de Madres Enfermas o Medicadas o fallecidas
- Bebés con Alergias o Intolerancias
- Contribución a la Reducción de Mortalidad Infantil
- Economía en Salud
- Genera cultura de apoyo.
- Satisfacción Personal: Muchas madres que donan leche experimentan un profundo sentido de satisfacción al saber que están ayudando a salvar vidas y apoyar a otras familias en situaciones difíciles.

Para finalizar las orientaciones se indagó con las participantes si alguna tiene la necesidad de relactar, a lo que respondieron con un No, sin embargo, se dio una breve explicación del proceso indicando que SI es posible retomar la lactancia siempre que haya voluntad y disposición de la madre.
Se orientó en lo siguiente:
La relactancia, es el proceso de reiniciar la lactancia después de haber dejado de amamantar, puede ser un desafío, pero con la estrategia adecuada y paciencia, es posible establecer nuevamente la lactancia materna.

Finalizan las orientaciones con un espacio para hidratación, y a su vez dando las gracias a las asistentes por su participación y a la asociación por el apoyo para llevar a cabo la actividad.

La jornada fue exitosa, logrando un alto nivel de participación e interés por parte de las asistentes. Se espera que las orientaciones brindadas contribuyan a aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en el municipio de Valledupar.

Conclusiones: Se logró proporcionar a las participantes una comprensión integral sobre la lactancia materna, abordando tanto la teoría como la práctica. Se enfatizó la importancia de la lactancia materna para la salud del bebé y la madre, y se brindaron herramientas y estrategias para superar posibles dificultades.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Continuar organizando actividades periódicas de promoción de la lactancia materna, a través de orientaciones en salud, consejerías y eventos comunitarios, para asegurar su sostenibilidad a largo plazo.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	Cuarto trimestre 2024
2.	Proporcionar información clara y basada en evidencia para ayudar a las madres a tomar decisiones informadas sobre la alimentación de sus bebés.	Hospital Eduardo Arredondo Daza	Cuarto trimestre 2024
3.	Se acordó que las participantes aplicarán la información aprendida y buscarán apoyo adicional si encuentran dificultades en la lactancia.	Asociación Guatapurí	2024

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

Orientación en salud sobre lactancia materna 15 de octubre barrio 450 años jornada mañana













Orientación en salud sobre lactancia materna 15 de octubre barrio 450 años jornada tarde









Orientación en salud sobre lactancia materna 17 de octubre barrio 450 años













	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

Orientación en salud sobre lactancia materna 17 de octubre barrio 450 años









ANEXOS:	Listados de asistencia, videos, oficio de concertación		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Olga Yesenia Paez Celedón	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Jennifer M. Montes	39.461.458	Jennifer Montes B.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Orientaciones en lactancia materna a gestantes, lactantes y madres comunitarias.

RESPONSABLE: Dimension Seguridad alimentaria y Nutricional. FECHA 15 octubre 2024.

LUGAR Barrio 450 años- Asociacion Guatapuri.

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	Karen Fernanda Arrieto	1049721784	2	3	4	4	1	3016758044	Asc. Guatapuri	
2	Andrea Carolina Rosado	1065859342	2	5	4	4	1	3208729102	Asc. Guatapuri	
3	Sharith andrea OSORIO	1065566641	2	4	4	4	4	3244269587	Asc. Guatapuri	Sharith OSORIO
4	Magreth Pineo polo.	49761230	2	5	4	4	1	[illegible]	Asc. Guatapuri	Magreth Pineo.
5	Leyla Rosado Ramos	1979 4073	2	5	A	1	1	3195936446	Asc. Guatapuri	Leyla Rosado
6	Ana Maria Rios Orozco	1065661497	2	5	4	1	1	[illegible]	Asc. Guatapuri	Kerdis Duran
7	Kerdis Duran Diaz	1067279306	2	5	4	4	1	3008394970	Asc. Guatapuri	Ana Rios
8	Ana Isabel Rios Ortiz.	1065828593	2	4	4	4	4	3127689116	Asc. Guatapuri	ANA RIOS
9	ANA Milena brito	1122817815	2	4	4	1	1	3215669268	Asc. Guatapuri	Yohanna A.
10	Edith Yohana Acevedo	1039089779	2	5	4	1	1	3017689268	Asc. Guatapuri	Daysi
11	Dayra Herrera Barcenas	1003386980	3	4	4	1	4	3008268	Asc. Guatapuri	Olga
12	Olga Lucia Zumbrano Rosado	1065821712	2	4	4	1	1	3006450911	Asc. Guatapuri	Yesibeth H.
13	Yesibeth Medina Diaz	1065826784	2	4	4	4	4	3208758398	Asc. Guatapuri	Eliana Duarte
14	Eliana Maria Duarte Duarte	1065834804	2	4	4	1	1			

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

ALCALDIA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Orientación en lactancia materna a gestantes, lactantes y madres comunitarias.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA 15 octubre 2024.

LUGAR: Barrio 450 MTS - Asociación Guatapurí.

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	Yanellis Aistant Avilés	1085096155	2	5	4	4	4	3145057537	Asc. Guatapuri	Yanellis
2	Esilda Paola Alcalá Pérez	1065670248	2	3	4	1	4	3106590902	Asc. Guatapuri	Esilda Alcalá
3	Domenga Anaya Cantillo	1123.108.330	2	5	4	1	4	3214726419	Asc. Guatapuri	Domenga Anaya
4	Daniela Contreras Arzuaga	1.062.402.537	2	5	4	4	1	3224783111	Asc. Guatapuri	Daniela Contreras
5	Michellys de la Hoz Rivero	1065659.298	2	5	4	4	4	3153226744	Asc Guatapuri	Michellys de la Hoz
6	Haily Garcia Siena	1065815902	2	4	4	4	1	3143856809	Asc. Guatapuri	Haily Garcia
7	BREYLIS P BERRIO REALES	1065843364	2	4	4	4	4	3242428918	Asc. Guatapuri	BREYLIS BERRIO
8	Yailin Gonzalez	30122488	2	4	2	4	4	3136611526	Asc. Guatapuri	Yailin Gonzalez
9	Laura Vanessa Vergel Daza	1065691945	2	5	2	1	4	3135115978	Asc. Guatapuri	Laura Vergel
10	Yenifer Ospino Campo	1063980619	2	4	4	1	4	3007716	Asc Guatapuri	Yenifer Ospino
11	Garcia Ospino Maila	1044605782	2	5	4	4	4	3135193564	Asc. Guatapuri	Maila Garcia
12	Stefany Arzuza Pineda	1003533132	2	4	4	4	4	3215051668	Asc Guatapuri	Stefany Arzuza
13	Mairena Luz Arias.	26945254	2	5	2	1	4	3196693241	Asc Guatapuri	Mairena Luz Arias
14	Robert Martin	3129936	1	5	4	3	1	3196693241	Asc. Guatapuri	Robert

*(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: Orientacion en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Orientaciones en lactancia materna, relactancia y donacion de leche humana dirigida a mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA 15 octubre 2024.

LUGAR: Barrio 450 años- Asociación de padres de familia hogar infantil guatapuri.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0 días hasta 11 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (7 días 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. SOLDADO 4. OTRO	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CONYUGUE 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Sirleny S Rivera	26946343	2	5	4	4	4	3024894264	Asoc. Guatapuri	
2	Alexa Ballesteros	1065574468	2	4	4	1	4	3225135695	Asoc. Guatapuri	Alexa Ballesteros
3	Ana Cuello	106	2	4	4	4	4	3233560	Asoc. Guatapuri	Ana Cuello
4	Angie Martinez Cuero	1065817807	2	4	4	1	1	3136568207	Asoc. Guatapuri	
5	Yesenia Perez	1-065-628019	2	4	4	4	5	3014099242	Asoc. Guatapuri	Yesenia Perez
6	Ana M Barrios	1065819088	2	4	4	4	4	3004230498	Asoc. Guatapuri	Ana Barrios
7	Linda Karina Campo P.	1098783526	2	4	1	4	4	3188499234	Asoc. Guatapuri	Linda Campo
8	Angemilia Betin	39461775	2	5	4	1	1	3014378733	Asoc. Guatapuri	Ange Betin
9	Galileo Araujo Carrillo	1065829160	2	4	2	1	5	3024317442	Asoc. Guatapuri	Galileo Araujo
10	Nicolle Rossi	1067597028	2	4	4	4	1	3022551500	Asoc. Guatapuri	Nicoll Rossi
11	Celeste Cardona	1067604329	2	4	4	4	4	3244268633	Asoc. Guatapuri	Celeste Cardona
12	Liliana Fontalvo	57309304	2	5	4	1	1	3045462814	Asoc. Guatapuri	Liliana Fontalvo
13	Karol Amaya	1065825174	2	4	1	1	4	3017337135	Asoc. Guatapuri	Karol Amaya
14	Gisella Molina	1065852655	2	4	4	1	4	3245016481	Asoc. Guatapuri	
15	Dayana Perez	1003380791	2	4	4	1	5	3222833817	Asoc. Guatapuri	Dayana Perez
16	Yenifer Torres Almeyra	1065657268	2	5	4	4	5	3017363655	Asoc. Guatapuri	Yenifer Torres
17	Alexander Samudio	1065588126	2	5	2	4	4	3013554430	Asoc. Guatapuri	
18	Adriana Chinchilla	1003243432	2	4	4	4	4	3003782988	Asoc. Guatapuri	Adriana Chinchilla
19	Maria Arrieta	1003232615	2	4	4	4	4	3016058174	Asoc. Guatapuri	Maria Arrieta
20	Dina Ramirez	1003373131	2	4	4	4	4	3046196369	Asoc. Guatapuri	Dina Ramirez

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

ALCALDÍA 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: Orientaciones en salud

NOMBRE DEL EVENTO: Realizar 7 orientaciones de información en salud a 300 mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en lactancia materna, relactancia y donacion de leche humana.

RESPONSABLE: Dimension seguridad alimentaria y nutricional - PIC-HEAD. FECHA: 15 Octubre 2024.

LUGAR: Barrio 450 anos - Asociación de padres de familia Hogar infantil-guatapuri.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. [redacted] 2. [redacted] 3. ADOLESCENCIA [redacted] 4. JUVENTUD [redacted] 5. ADULTEZ [redacted] 6. VEJEZ [redacted]	ETNIAS: 1. [redacted] 2. [redacted] 3. NINGUNA 4. OTRAS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESPLAZATARIO 3. VIC. CONFL. 4. NINGUNA	CONDICIONES: 1. DISCAPACITADO 2. PCD 3. EMBARAZADA 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Andrea Paola Vasquez	1065564455	2	4	4	1	4	3243141928	Asoc. Guatapuri	Andrea Vasquez
2	Marianny's Perozo	59576897	2	5	4	3	4	3042618104	Asoc. Guatapuri	Marianny's Perozo
3	Milagros Ospino	126120629	2	4	4	4	4	3148972516	Asoc. Guatapuri	Milagros Ospino
4	Gleinis Bolano	1193524248	2	4	4	4	4	3233671812	Asoc. Guatapuri	Gleinis Bolano
5	Yessibeth Manrique	59541907[illegible]	2	4	4	4	4	3137071055	Asoc. Guatapuri	Yessibeth
6	Ana Baquero	1065664317	2	5	4	1	4	3003052542	Asoc. Guatapuri	Ana M. Baquero
7	KELLYS DIAZ	49723515	2	41	4	4	1	3043518627	OXI Pedagogico	KELLYS DIAZ
8	Ceuva Marquez	49793901	2.	5	4	4.	1	3212300171	Aoxi. Pedag.	[illegible]
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

NOMBRE DEL EVENTO: Realizar siete orientaciones de información en salud a 300 mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna, relactancia y donación de leche humana.

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ___ JEUDION: ___ CAPACITACION: ___ OTRO: ___ CUAL?: Orientación en salud.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y Nutricional PIC-HEAD. FECHA: 17 octubre 2024.

LUGAR: Barrio 450 años - Asociación de padres de familia Hogar infantil Guatapuri.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (DE CERO A SEIS AÑOS 11 MESES 29 DIAS) 2. INFANCIA (7 AÑOS HASTA 11 AÑOS 11 MESES 29 DIAS) 3. ADOLESCENCIA (DE 12 AÑOS HASTA 17 AÑOS 11 MESES 29 DIAS) 4. JUVENTUD (DE 18 AÑOS HASTA 28 AÑOS 11 MESES 29 DIAS) 5. ADULTEZ (DE 29 AÑOS HASTA 59 AÑOS 11 MESES 29 DIAS) 6. VEJEZ (60 AÑOS EN ADELANTE)	ETNIA: 1. NEG 2. AFRO 3. INDIGENA 4. ROM 5. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. VICTIMA 4. OTROS	CONDICIONES: 1. GESTANTE 2. PCD 3. CUIDADOR(A) 4. LACTANTE 5. NO LACTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Jimenez	1065580764	2	5	4	4	1	3027471008	Asoc. Guatapuri	Jimenez
2	Kiara Silva	3586471	2	5	4	3	1	3243476711	Asoc. Guatapuri	Kiara Silva
3	Maria Sierra	1003381011	2	4	2	1	4	3022650973	Asoc. Guatapuri	Maria Sierra
4	Yaqueli Jimenez	26945749	2	5	4	1	1	3332525737	Asoc. Guatapuri	Yakelin Jimenez
5	Yoenis maory	1002539940	2	4	2	4	1	3016662874	Asoc. Guatapuri	Yoenis maory
6	Narlis Vence	1085008120	2	4	4	1	4	5012413435	Asoc. Guatapuri	narlis Vence
7	Neydis Quintero	1062400020	2	5	4	1	1	3224987770	Asoc. Guatapuri	Neidis Quintero
8	Ana Zuñiga	27028136	2	5	4	4	1	3128040088	Asoc. Guatapuri	ana Zuñiga
9	Margelis Garizado	49.715.726	2	5	4	4	4	3774910793	Asoc. Guatapuri	Margelis G
10	Lina Peña	1065570774	2	4	4	4	4	3077520756	Asoc. Guatapuri	Lina Peña
11	Sandra Bocanegra Ruiz	1004937295	2	5	4	1	4	3208637088	Asoc. Guatapuri	Sandra Bocanegra
12	Julieth Tovar	1065826177	2	4	4	4	4	3115113670	Asoc. Guatapuri	Julieth Tovar
13	Gina Calderon	1000117190	2	4	4	4	4	3025924129	Asoc. Guatapuri	Gina C
14	luisa Quiroz	1065856098	2	4	4	1	4	3046710105	Asoc. Guatapuri	luisa Quiroz
15	Daniris guerra	1.003379926	2	4	4	4	4	3255727007	Asoc. Guatapuri	Daniris guerra
16	ana compo	1003243133	2	4	4	4	4	3136456032	Asoc. Guatapuri	ana compo
17	Rikarduerte	1065824577	2	4	4	1	4	7113619574	Asoc. Guatapuri	Rikarduerte
18	Vanesa Oñate	1193104769	2	4	4	4	1	3016509874	Asoc. Guatapuri	Vanesa Oñate
19	Ramona Quintero	1065660320	2	5	4	4	4	3015816088	Asoc. Guatapuri	Ramona Quintero
20	LAURA CONTRERAS A.	1066549471	2	5	4	4	4	3046119877	Asoc. Guatapuri	Laura Contreras

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Realizar 7 orientaciones de información en salud a 300 mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna, relactancia y donación de leche humana.

RESPONSABLE: Dimención Seguridad alimentaria y nutricional PIC - HEAD. FECHA: 17 octubre 2024.

LUGAR: Barrio 450 años - Asociacion de padres de familia hogar infantil guatapuri.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (0a hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años o más)	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. CAMPESINOS 2. DISCAPACIDAD 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Herlys Herrera	31035645	2	4	4	3	4	3023035236	ASOC. Guatapuri	Herlys Herrera
2	Yoncia E Castillo Y	3217767141	2	5	4	4	7	3217767141	Agel Pedagogica	Yoncia E Castillo
3	Mary Carmen Pumarejo Lacouture	1065926618	2	4	4	4	1	3157149764	Aux. Pedagogico	Mary Carmen
4	Sarady Ballesteros S.	1003380486	2	4	4	4	4	3207379469	ASOC. Guatapuri	Sarady Ballesteros
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD HOSPITAL ERASMO MEOZ S.A.S. Servicio con calidad humana

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

NOMBRE DEL EVENTO: Realizar siete orientaciones de información en salud a 300 mujeres gestantes, lactantes y madres comunitarias en consejería de lactancia materna, relactancia y donación de leche humana.

RESPONSABLE: Dimensión seguridad alimentaria y nutricional FECHA: 17 octubre 2024.

LUGAR: Barrio 450 años - Asociación de padres de Familia hogar infantil Guatapurí.

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	Rosa Garcia Vasquez	49792050	2	5	4	1	1	3023023842	Agente educativo	Rosa Garcia
2	Arlen Cerro Acosta	49790465	2	4	4	4	1	3003429463	Agente educativo	Arlen Cerro
3	Rosa Elvira Guerra Acosta	49766110	2	5	4	4	1	3156464686	Agente educativo	Rosa
4	Maria Isabel Villazon J.	1003234838	2	5	1	4	1	3202613120	Guatapuri	Maria Villazon
5	Rosa Vilelma Maestre	49605209	2	5	4	1	1	3023023842	Agente educativo	Rosa Maestre
6	Karen Estrada Jimenez	39460332	2	5	4	4	1	3022254707	Asoc. Guatap.	Karen Estrada
7	Yefferson Alexander Castro	1065806174	2	5	4	4	5	3243221838	Asoc. Guatapuri	Yefferson Alexander
8	Martha Meza	1065983097	2	5	1	4	4	3242860359	Guatapuri	Martha Meza
9	Neyla Paola Valles Baez	6622412	2	4	4	3	4	3242802699	Guatapuri	Neyla valles
10	Kelly Baquero Maestre.	1065644393	2	5	4	4	4	3126814085	guatapuri	Kelly Baquero
11	Ana Maria lago.	1067722892	2	5	4	4	4	3017067619	guatapuri	Ana lago
12	Denays Lacinda Barrios	26719861	2	4	4	4	4	3226537803	Aguatapuri	Denays Barrios
13	Keilin Marcela Espitia	1066270624	2	4	4	4	4	3244636905	Asoc. Guatapuri	Keilin Espitia
14	Romaly Del Carmen Palma Palma	6352328	2	5	2	3	4	3044840185	Guatapuri	Romaly Palma
15	Yuliana Jimenez Lopez	1082944968	2	5	4	4	4	3177642476	Asoc. Guatapuri	Yuliana Jimenez
16	Maria Alejandra Cadd	1003317461	2	4	4	4	4	3018137441	Asoc. Guatapuri	Maria cadd
17	Ana Estela Contreras O	1003195620	2	4	4	4	4	3144143522	Guatapuri	Ana Contreras
18	Yoganka Santos	1065871276	2	5	4	4	4	3178332169	Asoc. Guatapuri	Yoganka Santos
19	Dianis Salcedo villar	1067710338	2	4	4	4	4	3137455616	Guatapuri	Dianis Salcedo
20	Maria Camargo oliveros	1195566599	2	4	4	1		3003403956	Asoc. Guatapuri	Maria Camargo

*(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?: Orientación en salud.

NOMBRE DEL EVENTO: Realizar 7 orientaciones de información en salud a 300 mujeres gestantes, lactantes, y madres comunitarias en consejeria de lactancia materna, relactancia y donación de leche humana.

RESPONSABLE: Dimension Seguridad alimentaria y nutricional.

FECHA: 17 octubre 2024.

LUGAR: Barrio 450 años - Asociacion de padres de familia hogar infantil Guatapuri

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 (14 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	Ana Karina Beltran Bracho	1065581001	2	4	4	4	4	3152942913	Asociación G.	Ana Bracho
2	Dora luz Vega Martinez	1052072866	2	5	4	1	4	3142684980	Guatapuri	Dora luz Vega
3	Liceth Ariza Naval	1022922287	2	4	4	4	4	3226435134	Guatapuri	Liseth Ariza
4	YERLIS TORRES C.	1004281464	2	4	4	1	4	3045716624	guatapuri.	YERLIS TORRES
5	Daliana Perez B	1065842964	2	4	4	4	4	3104442632	Guatapuri	Daliana P
6	Jennifer Granados	1066284588	2	4	4	4	4	3207686487	Guatapuri	Jennifer G.
7	Dianis Milena Acuña	1067814239	2	3	4	4	5	3113519171	Asoc. Guatap.	Dianis Acuña
8	Cindy Johanna Alvarez C	1065607926	2	4	4	4	5	3016899489	Asociac. Guata.	Cindy Alvarez
9	Edsara Grei Daza Maestre	1065808803	2	4	4	4	5	3005219062	Guatapuri	EDSARA DAZA
10	Maira Alejandra Charris S.	1065609186	2	4	4	4	5	3014294208	Asoc. Guatapuri	Maira charris
11	Laura Valentina Martinez	1081914512	2	4	4	4	5	3042245482	Guatapuri	Laura Martinez
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

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

ACTIVIDAD No. 3

- **Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas)**
- **y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio.**

INFORME DE ACTIVIDADES No. 002

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 767
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	MIL CUATROCIENTOS DIECISEIS MILLONES SETECIENTOS TREINTE Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTICINCO PESOS **($1.416.738.625,00)** MCTE.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES.
PERIODO REPORTADO	**OCTUBRE DE 2024**
VALOR EJECUTADO MES	**$ 10.000.000 PESOS**

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDAD DE CUMPLIMIENTO	ANEXOS
Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio.	Durante este periodo se llevaron a cabo cuarenta (40) orientaciones de información en salud entre la galería popular y la central de abastos de Valledupar- mercabastos dirigido a los trabajadores informales de las zonas. El objetivo de las orientaciones fue promover la inocuidad alimentaria entre los trabajadores informales del sector de expendio de alimentos en la zonas intervenidas, proporcionando información y recursos que faciliten la implementación de prácticas seguras en la manipulación de alimentos, y fomentar la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la secretaria de salud y la Cámara de Comercio, con el fin de contribuir a la formalización de sus negocios y mejorar la salud pública en la comunidad. A continuación se describen las actividades desarrolladas en el marco de ejecución de las orientaciones: 1. Concertaciones: - El 26 de agosto concertación de las actividades con el coordinador de la dimensión SAN. - El 2 de septiembre se realizó articulación mediante oficio con el director de la cámara de comercio de Valledupar, el señor José Luis Uron Márquez, solicitando su apoyo para brindar información y sensibilizar a estos comerciantes sobre la importancia de formalizar sus establecimientos, destacando los requisitos necesarios para la inscripción sanitaria de los mismos y los beneficios que obtienen al legalizar su actividad comercial, brindar información detallada sobre los pasos a seguir, la documentación requerida y los beneficios económicos y sociales que conlleva la formalización empresarial.	Acta de concertación de las actividades con el coordinador de la dimensión SAN. Oficios de concertación de las actividades. Documento de planeación metodológica. Cronograma de actividades. Acta de actividades con registros fotográficos y listados de asistencias con enfoque diferencial de cada lugar intervenido. Videos. Material publicitario Plan de acción con seguimiento. Informe de descriptivo de la actividad.

	Márquez, solicitando su apoyo para brindar información y sensibilizar a estos comerciantes sobre la importancia de formalizar sus establecimientos, destacando los requisitos necesarios para la inscripción sanitaria de los mismos y los beneficios que obtienen al legalizar su actividad comercial, brindar información detallada sobre los pasos a seguir, la documentación requerida y los beneficios económicos y sociales que conlleva la formalización empresarial. - El 4 de septiembre se realizó concertación con la gerente de Mercabastos y el delegado de la copropiedad, el señor Carlos Picón con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES": En este oficio se presenta la propuesta, el cual tiene como fin solicitar formalmente su apoyo para la realización de una serie de orientaciones en salud dirigida a todas las personas que laboran en los locales y de manera ambulante en expendios de alimentos para promover la inocuidad alimentaria proporcionando información y recursos que faciliten la implementación de prácticas seguras en la manipulación de alimentos, y fomentar la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la Cámara de Comercio y la secretaria local de salud, con el fin de contribuir a la formalización de sus negocios y mejorar la salud pública en la comunidad. Las articulaciones para llevar a cabo esta actividad de manera efectiva y significativa, se realizaron también con la dimensión ambiental y dimensión del ámbito laboral de la secretaria de salud de Valledupar con el objetivo de solicitar su acompañamiento en el marco de la ejecución de las orientaciones. Distribución de folletos informativos y socialización de la información que contiene, el cual lleva por título el nombre de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES". Entrega de tapabocas sensibilizando sobre la importancia del uso de esta herramienta de bioseguridad para los expendedores y para el consumidor. Toma de evidencias fotográficas y videos con previa autorización de los participantes. Se registraron en su respectivo formato la información y firma de los participantes. Se realizan preguntas a los participantes a manera de evaluación y conocer su opinión sobre la actividad y su interés en poner en práctica las orientaciones brindadas. Se establecieron compromisos por las partes que intervinieron en esta actividad.	Plan de acción con seguimiento. Informe de descriptivo de la actividad.

	comercio de alimentos ubicados en la central especificamente en pabellón de frutas y verduras, víveres y abarrotes. El total de población intervenida durante las 40 orientaciones realizadas fue doscientos cuatro (204) personas distribuidos en ciento cincuenta (150) en galeria popular y cincuenta y cuatro (54) en Mercabastos. Durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.	

Se anexa; Soportes relacionados por cada obligación contractual.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes noviembre del 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Isabel María Calderón Luquez Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

PLANEACION METODOLOGICA

RESPONSABLE	LUGAR DE EJECUCION	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHA
Dimensión seguridad alimentaria y nutricional	Pabellón del pescado Plaza de mercado popular Centro comercial galería	Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio.	Tercer trimestre a cuarto trimestre de 2024

LOGROS:

Incrementar el conocimiento sobre inocuidad alimentaria entre los participantes.

Lograr que al menos el 50% de los trabajadores informales que recibieron las orientaciones inicien el proceso de inscripción sanitaria.

Facilitar que al menos el 30% de los participantes completen su formalización ante la cámara de comercio.

Aumentar la visibilidad y la conciencia comunitaria sobre la importancia de la inocuidad alimentaria a través de la cobertura mediática o redes sociales.

CONTENIDO:

¿Qué es la Inocuidad Alimentaria?

La inocuidad alimentaria se refiere a asegurar que los alimentos sean seguros para el consumo, previniendo enfermedades y contaminación. Esto se logra mediante la aplicación de buenas prácticas en la producción, manipulación y venta de alimentos.

Buenas Prácticas para un Manejo Seguro de Alimentos

- Prácticas Agrícolas: Mantén los cultivos limpios y libres de contaminantes. Usa métodos adecuados de riego y cosecha para evitar la contaminación.
- Prácticas de Fabricación: Asegúrate de que los procesos de preparación y transformación cumplan con normas de higiene para evitar la contaminación cruzada.

RECURSOS:

Humanos:

- Trabajadores informales
- Equipo dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC- HEAD.
- Representantes de cámara de comercio, dimensión SAN, ámbito laboral y dimensión ambiental de la secretaria de salud.

Materiales:

- Pendón araña
- Folletos con contenido sobre el tema.
- Elementos de bioseguridad (tapabocas)
- Planillas para registro de asistencia.
- Cámara fotográfica.

- Higiene Personal: Lava tus manos con frecuencia y usa equipo de protección adecuado (guantes, tapaboca, gorros, delantales, etc.) para prevenir la transferencia de gérmenes a los alimentos. - Manipulación Segura: Almacena los alimentos a las temperaturas adecuadas y evita el contacto de alimentos crudos con alimentos cocidos. Sistema de Análisis y Puntos Críticos de Control (HACCP) El HACCP es un sistema que te ayuda a identificar y controlar los puntos críticos en el proceso de producción y manipulación de alimentos. Implementarlo puede ayudarte a: - Prevenir Contaminaciones: Identifica riesgos potenciales y establece medidas de control. - Mejorar la Calidad: Asegura que los alimentos se mantengan en condiciones óptimas. Inscripción Sanitaria y Formalización Para asegurar que tu establecimiento cumple con las normativas sanitarias y operativas, es esencial: - Inscripción Sanitaria: Registra tu negocio ante las autoridades sanitarias. Esto garantiza que tu establecimiento cumple con los requisitos de salud y seguridad. - Formalización ante la Cámara de Comercio: Inscribe tu negocio en la Cámara de Comercio para operar legalmente y acceder a beneficios adicionales. Beneficios de la Formalización - Acceso a Recursos y Apoyo: Benefíciate de asesoramiento, formación y recursos para mejorar tu negocio. - Confianza del Cliente: Ofrece a tus clientes la seguridad de que tus productos son seguros y cumplen con las normativas. ¿Cómo Realizar la Inscripción y Formalización? - Contacto con Autoridades Sanitarias: Visita la oficina de secretaria local de salud para obtener información sobre el proceso de inscripción sanitaria. - Registro en la Cámara de Comercio: Dirígete a la Cámara de Comercio de Valledupar para iniciar el proceso de formalización. Recursos y Contactos - Secretaria Local de salud: Cra. 9 #16b-51 - Cámara de Comercio: (605) 5897868. Calle. 15 #4 33, Valledupar, Cesar. ¡Recuerda!	

¡Tu compromiso con la inocuidad alimentaria protege la salud de tus clientes y mejora tu negocio!	

ESTRATEGIAS DIDACTICAS:

Distribución de elementos de bioseguridad (tapabocas) indicando a los trabajadores la importancia del uso de este elemento para su salud e higiene y la de sus clientes.

Articular con los actores involucrados (cámara de comercio, dimensión SAN, ambiental y ámbito laboral) para el acompañamiento a los trabajadores informales invitando a la formalización de sus negocios, la inscripción sanitaria, implementar buenas prácticas ambientales y de manipulación higiénica de los alimentos que venden. Así mismo compartir su experiencia para motivar a otros a seguir el mismo camino.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

Distribución de material educativo (folletos informativos) sobre inocuidad e inscripción sanitaria de los establecimientos comerciales.

ESTRATEGIAS DE EVALUACION:

Entrevistas a los participantes sobre su experiencia con la actividad.

TIEMPO: 2 horas aproximadamente.

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

PIC

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

CRONOGRAMA ACTIVIDADES PIC HEAD DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL 2024							
ACTIVIDAD	**POBLACION**	**TERRITORIO**		**CANTIDAD POBLACION INTERVENIR**	**CONTACTO**	**FECHA Y HORA DE EJECUCION**	**INSUMOS**
Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio.	Trabajadores informales	Galería Popular	Adentro	150 personas	Marelvis Bohorquez 316 6925180	7 Octubre 2024 10:00 a.m. a 12:00 p.m	- Formatos para registro de asistencia. - Pendón araña de seguridad alimentaria. - 350 folletos con información sobre el tema. - Elementos de bioseguridad (6 cajas de tapabocas)
			Afuera vendedores ambulantes			8 octubre 2024 10:00 a.m. a 12:00 p.m	
		Mercabastos		150 personas	Mariam Muvdi Carlos Picón	9 y 10 Octubre 10:00 a.m. a 1:00 p.m	

INFORME DE DESCRITIVO DE ACTIVIDADES No. 2

Ejecución de cuarenta (40) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio. Estrategia "CUIDA LO QUE COMES"

ELABORADO POR:
DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

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

PIC 2024

1. INTRODUCCION

La inocuidad alimentaria es un aspecto fundamental para garantizar la salud pública, especialmente en entornos donde se manejan alimentos de forma informal, como en plazas de mercado y pabellones de pescado. En estos espacios, los trabajadores informales enfrentan desafíos significativos en cuanto a la correcta manipulación y venta de alimentos, lo que puede poner en riesgo la salud de los consumidores y afectar su propia estabilidad económica.

Con el objetivo de abordar estas necesidades, se llevó a cabo una serie de orientaciones informativas en salud, centradas en la inocuidad alimentaria y la formalización de establecimientos de alimentos y bebidas. Esta actividad no solo buscó educar a los participantes sobre las mejores prácticas de manejo y almacenamiento de alimentos, sino también inducir a los trabajadores informales a realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos y, por ende, su formalización ante la cámara de comercio.

El presente informe descriptivo detalla las actividades realizadas, los métodos empleados, la participación de los trabajadores y los logros alcanzados, así como las recomendaciones para futuras intervenciones en esta área.

2. OBJETIVO

Promover la inocuidad alimentaria entre los trabajadores informales del sector de expendio de alimentos en la zonas intervenidas, proporcionando información y recursos que faciliten la implementación de prácticas seguras en la manipulación de alimentos, y fomentar la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la secretaria de salud y la Cámara de Comercio, con el fin de contribuir a la formalización de sus negocios y mejorar la salud pública en la comunidad.

3. METODOLOGIA

- Concertación con el coordinador de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional de la secretaria local de salud Valledupar los sitios a intervenir.
- Realizar documento de planeación metodológica
- Convocatoria y concertación con los actores involucrados.
- Realizar cronograma de actividades
- Ejecución de las orientaciones según las directrices establecidas en la ficha técnica de la actividad.

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

- Lograr entre los consumidores una mayor sensibilidad y conocimiento de las formas disponibles para mejorar la inocuidad y calidad de los alimentos para ellos mismos y sus familias.
- Promover la adopción de buenas prácticas agrícolas, de fabricación, de higiene y manipulación (con inclusión del Sistema de Análisis y Puntos Críticos de Control HACCP, por sus siglas en inglés) por el sector alimentario,
- Obtener de diferentes partes interesadas (en particular, los consumidores y sus organizaciones y el sector alimentario) informaciones que puedan utilizarse en apoyo de los procesos de toma de decisiones, la planificación y la realización de actividades oficiales de control de los alimentos.

5. EJECUCION

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio.
1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

ITEM A. ESTRATEGIA "CUIDA LO QUE COMES"

Concertación con los actores involucrados de los lugares priorizados del municipio de Valledupar y con las entidades con las cuales se articuló para informar de la actividad a realizar y solicitar la convocatoria de la población a intervenir de acuerdo a la guía para la implementación de la estrategia.

Para la ejecución de las actividades se concertó con los representantes de los lugares a intervenir y se articuló con demás actores involucrados en el proceso:

- Gerente de la galería Popular
- Gerente de la central de abastos de Valledupar- Mercabastos
- Coordinador de la cámara de comercio.
- Coordinadores de las dimensiones Ambiental y ámbito laboral de la secretaría local de salud.

Previo al inicio de las orientaciones se remitió oficio a cada una las entidades antes mencionadas para informar sobre las actividades a realizar y concertar las fechas de ejecución en cada uno de los lugares, definiendo los cronogramas a seguir para la ejecución de las orientaciones.

ANEXOS ITEM A:

Oficios para la presentación y concertación de las actividades.

ITEM B. ESTRATEGIA "CUIDA LO COMES".

Desarrollo de las orientaciones de información en salud de acuerdo a lo establecido en la ficha técnica para la implementación de las actividades dirigidas a trabajadores informales en los lugares de ejecución:

Para la ejecución de la actividad se concertó en reunión previa el 26 de agosto con el coordinador de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional y la auditora de la dimensión, realizar cada orientación con un grupo de mínimo cinco (5) personas hasta completar las ciento cincuenta (150) personas en cada lugar de ejecución.

La ejecución de esta estrategia se inició con sesenta (60) orientaciones de información en salud en el **mes de septiembre** en los siguientes lugares de ejecución como lo establece la ficha técnica de la actividad:

- **Pabellón de pescado**
- **Pabellón de carnes de la Plaza de mercado popular (Mercaupar)**

Se dio continuidad y finalizan las orientaciones en el **mes de Octubre en:**

- **Galería popular**
- **Central de abastos de Valledupar - Mercabastos**

A continuación se describe el desarrollo de las actividades en los lugares intervenidos en el mes de Octubre:

1. GALERIA POPULAR

Los días 7 y 8 de octubre desde las 10:00 a.m hasta las 12:00 m. Se realizaron las orientaciones en toda la zona de la galería popular adentro y afuera abarcando a los vendedores ambulantes.

El 7 de octubre se realizó la intervención en los locales de comercio de alimentos ubicados dentro de la galería popular específicamente en restaurantes y locales de venta de alimentos perecederos y no perecederos.

En esta zona se realizaron Doce (12) orientaciones interviniendo a sesenta (60) personas, es decir, que se intervino por cada orientación cinco (5) personas.

Las orientaciones contaron con la participación de trabajadores informales de los cuales treinta y cuatro (34) participantes pertenecen al género femenino y veinti seis (26) al género masculino.

Respecto al curso de vida al que pertenecen los participantes, se conoció que diez (10) se ubican en el rango de juventud entre los 18 a los 29 años; cuarenta y cinco (45) son adultos entre los 30 a 59 años, y cinco (5) se ubican en el ciclo de vida de la vejez en el rango de edad de 60 años en adelante.

En cuanto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se encontró que dieciséis (16) se ubican en otros hechos no especificados.

En cuanto a las condiciones de vida se registró que los sesenta (60) participantes son cabeza de familia.

El día 8 de octubre se realizaron las orientaciones, dirigidas a los trabajadores informales de comercio de alimentos ubicados en las zonas alternas a la galería popular (afuera).

Las orientaciones brindadas a los vendedores ambulantes se realizaron de manera directa e independiente, sin estar articuladas con ninguna entidad o gremio, debido a que los vendedores operan de forma autónoma y no están organizados en asociaciones o sindicatos. Esta modalidad permitió ofrecer recomendaciones específicas adaptadas a su contexto individual, respetando su forma de trabajo y asegurando que cada vendedor recibiera información clara y aplicable para mejorar sus prácticas sin depender de intermediarios.

Se intervinieron a los puestos ambulantes de venta de alimentos entre los que se encontró venta de frutas y verduras; bebidas y alimentos listos para el consumo como embutidos, arroz de pollo, jugos de naranja, limonadas, chuzos, chicha, empanadas, entre otros fritos y otros productos alimenticios.

Durante las orientaciones realizadas en este día, se contó con el acompañamiento y apoyo de personal de la dimensión de SAN de secretaria de salud, brindando información sobre la importancia de la inocuidad alimentaria y así mismo asesoraron para la solicitud de inscripción para la inspección sanitaria de los establecimientos de comercio de alimentos.

En esta zona se realizaron dieciocho (18) orientaciones interviniendo a Noventa (90) personas, es decir, que se intervino por cada orientación cinco (5) personas de las cuales diecisiete (17) participantes pertenecen al género femenino y setenta y tres (73) al género masculino.
Respecto al curso de vida al que pertenecen los participantes, se conoció que Veintinueve (29) se ubican en el rango de juventud; cincuenta y cuatro (54) se encuentran en la adultez y siete (7) pertenecen al curso de vida vejez.
En cuanto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se encontró que veinti seis (26) se reconocen como víctimas de la violencia por desplazamiento; seis (6) son migrantes.
Respecto a la etnia, cuatro (4) pertenece a población indígena, uno (1) es afrocolombiano y ochenta y cinco (85) se reconocen en otros grupos no especificados.
En cuanto a las condiciones de vida se registró que todos los noventa (90) participantes son cabeza de familia.

Central de abastos de Valledupar- Mercabastos

Las orientaciones fueron realizadas los días **9 y 10 de Octubre** desde las 8:00 a.m hasta las 12:00 p.m. Las orientaciones se dirigieron a los locales de comercio de alimentos ubicados en la central específicamente en pabellón de frutas y verduras, víveres y abarrotes.

En esta zona se realizaron diez (10) orientaciones durante los dos (2) días de actividades; realizando ocho (8) orientaciones el 9 de octubre y dos (2) orientaciones el 10 de octubre, interviniendo a cincuenta y cuatro (54) personas, es decir, que se intervino por cada orientación aproximadamente cinco (5) personas de las cuales catorce (14) participantes pertenecen al género femenino y cuarenta (40) al género masculino.

Respecto al curso de vida al que pertenecen los participantes, se conoció que, veinti dos (22) se ubican en el rango de juventud; treinta y uno (31) son adultos, y uno (1) pertenece al curso de vida vejez.
En cuanto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se encontró que trece (13) se reconocen como víctimas de la violencia por desplazamiento y seis (6) son migrantes.
Respecto a la etnia, dos (2) pertenecen a población indígena; y cincuenta y dos (52) participantes se auto reconocen en otros grupos no especificados.

En los dos (2) lugares de ejecución (galería popular y Mercabastos) se realizaron en total cuarenta (40) orientaciones interviniendo un total de doscientos cuatro (204) personas distribuidas en ciento cincuenta personas (150) en galería popular y cincuenta y cuatro personas (54) en Mercabastos, logrando así completar las cien (100) orientaciones como lo describe la ficha técnica de la actividad.

CONTENIDO DE LAS ORIENTACIONES

1. El equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional se dirige a los locales de comercio de alimentos y a los puesto de venta ambulante de alimentos donde inician con la presentación del equipo, dan a conocer el nombre de la estrategia y el objetivo de la actividad.
2. Se entrega folleto informativo y se socializa la información que contiene, el cual lleva por titulo el nombre de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES"
   ¡Garantiza la seguridad alimentaria de los alimentos que ofreces!
3. Se realiza la entrega de tapabocas sensibilizando sobre la importancia del uso de esta herramienta de bioseguridad para la salud de los expendedores y para el consumidor.
4. Se realiza la toma de evidencias fotográficas y videos con previa autorización de los participantes.
5. Se registra en su respectivo formato la información y firma de los participantes.
6. Se realizan preguntas a los participantes a manera de conocer su opinión sobre la actividad y su interés en poner en práctica las orientaciones brindadas.
7. Se establecen compromisos por las partes que intervienen en esta actividad.
8. Difusión de las actividades en redes sociales del HEAD en articulación con alcaldía y secretaria local de salud.

EVALUACIÓN

La evaluación fue realizada a través de entrevistas en la cual se realizaron preguntas breves a los participantes para recopilar su opinión sobre el contenido, la claridad de la información presentada y la relevancia de los temas tratados. Las preguntas fueron las siguientes:

- ¿Considera que la información proporcionada fue útil?
- ¿Qué tan satisfecho está con la calidad de la charla?
- ¿Le gustaría recibir más información sobre otros temas relacionados?

Los participantes dieron respuestas asertivas expresando su interés en realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos. Esto se registró como un indicador del impacto potencial de la actividad en la formalización de negocios.

Se observó el comportamiento de los participantes durante la actividad, anotando su nivel de participación, las preguntas realizadas, el interés mostrado en el material informativo y el uso del elemento de bioseguridad distribuido.

ANEXOS ITEM B:

- Acta de desarrollo de cada actividad
- Evidencias fotográficas
- Registro de asistencia
- Material informativo entregado
- Videos
- Material publicitario difundido en redes sociales

A continuación se describe el consolidado general de todas las intervenciones realizadas para dar cumplimiento a lo descrito en la ficha técnica de la actividad:

Fecha de intervención	Lugar de intervención	Numero de orientaciones	Población intervenida
17 y 23 Septiembre	Pabellón de pescado	17	85
18, 19, 23 y 27 Septiembre	Plaza de mercado-Mercaupar	43	215
7 y 8 Octubre	Galería Popular	30	150
9 y 10 Octubre	Central de abastos de alimentos- Mercabastos	10	54
TOTAL ORIENTACIONES		**100**	**504**

CONCLUSIONES

Al promover la inocuidad alimentaria y la formalización de negocios, la actividad contribuye a mejorar la salud pública en la comunidad, reduciendo riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos.

Se observó un notable interés entre los participantes por realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos. Esto sugiere que la actividad fue efectiva en motivar a los trabajadores a considerar la formalización de sus negocios como un paso necesario y beneficioso.

El material informativo y el elemento de bioseguridad distribuido durante la actividad fueron bien recibidos, y su claridad y relevancia facilitaron el aprendizaje. Las respuestas a las preguntas realizadas reflejaron una alta satisfacción con la información presentada.

Es necesario realizar un seguimiento continuo para garantizar que los participantes implementen las prácticas aprendidas y realicen la inscripción sanitaria. Esto puede ser fundamental para sustentar los cambios positivos en sus hábitos y la formalización de sus negocios.

Los resultados que se puedan obtener proporcionan una base sólida para diseñar futuras actividades de capacitación, considerando las áreas identificadas para mejorar y profundizar en temas de interés para los trabajadores informales.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

1.2. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Acta de concertación con dimensión SAN de secretaria local de salud
- Documento de planeación metodológica
- Oficios de presentación y concertación de las orientaciones.
- Actas de ejecución de la actividad por cada lugar intervenido.
- Registro fotográfico.
- Registros de asistencia con enfoque diferencial.
- Material informativo entregado
- Videos.
- Material publicitario difundido en redes sociales.

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 8 días del mes de Noviembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Isabel María Calderón Luquez Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional PIC 2024
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del PIC 2024

Valledupar, 4 septiembrede 2024

Señora
Mariam Muvdi
Gerente Mercabastos

Asunto: Solicitud de apoyo para la realización de orientaciones en salud sobre inocuidad alimentaria y formalización de establecimientos

Respetada Señora Muvdi, reciba un cordial saludo.

Por medio del presente oficio, nos dirigimos a usted con el fin de solicitar su valiosa colaboración para llevar a cabo una serie de actividades de orientación en salud enfocadas en la inocuidad alimentaria dentro de las instalaciones de la Plaza de Mercabastos.

Estas orientaciones tienen como propósito principal sensibilizar tanto a los comerciantes formales como informales sobre la importancia de mantener altos estándares de higiene y seguridad en la manipulación de alimentos. Además, se busca inducir a los trabajadores informales a realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos (alimentos y bebidas), promoviendo así la formalización de sus actividades comerciales ante la Cámara de Comercio.

Para el desarrollo de esta actividad, es fundamental contar con su apoyo en la coordinación y logística, así como en la convocatoria de los comerciantes que laboran en la plaza. Estamos convencidos de que esta iniciativa contribuirá significativamente a la mejora de la calidad de los productos alimenticios que se ofrecen en este importante espacio comercial y al bienestar de la comunidad en general.

Agradecemos de antemano su atención y disposición para colaborar en esta labor de promoción de la salud y formalización empresarial para el mes de octubre en la semana del 14 al 25 del presente año. Quedamos atentos a su respuesta y a la coordinación de una reunión en la que podamos definir los detalles operativos de la actividad.

Quedamos atentos a cualquier inquietud y a la confirmación de su amable respuesta al teléfono 3156000044

Cordialmente,

Isabel Maria Calderón Luquez
Bacterióloga con énfasis en microbiología de alimentos
Plan de intervenciones colectivas- PIC
Hospital Eduardo Arredondo Daza

Central Mayorista MERCABASTOS
Recibido
Fecha 04-sep-2024
Hora 11:35 am

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional										
LUGAR:	Galería Popular				**FECHA**	7 Octubre 2024.		**HORA INICIO**	10:00 a.m		
								HORA FINAL	12:00 a.m		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**			**CARACTERIZACION**			
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientaciones de información en salud.					
TEMA:	Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio.										
OBJETIVO:	Promover la inocuidad alimentaria entre los trabajadores informales del sector de expendio de alimentos en la zona de la galería popular proporcionando información y recursos que faciliten la implementación de prácticas seguras en la manipulación de alimentos, y fomentar la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la secretaria de salud y la Cámara de Comercio, con el fin de contribuir a la formalización de sus negocios y mejorar la salud pública en la comunidad.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Adolescencia, juventud , adultez, adulto mayor										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Para llevar a cabo las actividades, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC mediante oficio se realiza la concertación con la gerente de la plaza de mercado popular, la señora Marelvis Bohorquez con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES": En este oficio se presenta la propuesta, el cual tiene como fin solicitar formalmente su apoyo para la realización de una serie de orientaciones en salud dirigida a todas las personas que laboran en los locales y de manera ambulante en expendios de alimentos para promover la inocuidad alimentaria proporcionando información y recursos que faciliten la implementación de prácticas seguras en la manipulación de alimentos, y fomentar la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la Cámara de Comercio, con el fin de contribuir a la formalización de sus negocios y mejorar la salud pública en la comunidad. Así mismo se realizó articulación mediante oficio del 2 de septiembre con el director de la cámara de comercio de Valledupar, el señor José Luis Uron Márquez, solicitando su apoyo para brindar información sensibilizar a estos comerciantes sobre la importancia de formalizar sus establecimientos, destacando los requisitos necesarios para la inscripción sanitaria de los mismos y los beneficios que obtienen al legalizar su actividad comercial, brindar información detallada sobre los pasos a seguir, la documentación requerida y los beneficios económicos y sociales que conlleva la formalización empresarial.

Las articulaciones para llevar a cabo esta actividad de manera efectiva y significativa, se realizaron también con la dimensión ambiental y dimensión del ámbito laboral de la secretaria de salud de Valledupar con el objetivo de solicitar su acompañamiento en el marco de la ejecución de las orientaciones.

Los dias 7 y 8 de octubre se realizaron las actividades de orientación en salud enfocadas en la inocuidad

alimentaria, dirigida a los trabajadores del sector de expendio de alimentos en la galería popular y sus zonas alternas. La actividad tuvo como objetivo principal proporcionar información sobre la importancia de la inocuidad alimentaria y promover la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la secretaria de salud y la Cámara de Comercio. Este objetivo busca no solo educar a los participantes, sino también motivarlos a adoptar medidas que beneficien tanto su salud como la de sus clientes.

A continuación se describen las actividades desarrolladas durante los días de intervención:

1. El equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional se dirige a los locales de comercio de alimentos ubicados en la galería popular específicamente en restaurantes y locales de venta de alimentos. Se inicia con la presentación del equipo, se da a conocer el nombre de la estrategia y el objetivo de la actividad.
2. Se entrega folleto informativo y se socializa la información que contiene, el cual lleva por titulo el nombre de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES"
   ¡Garantiza la seguridad alimentaria de los alimentos que ofreces!
3. Se realiza la entrega de tapabocas sensibilizando sobre la importancia del uso de esta herramienta de bioseguridad para los expendedores y para el consumidor.
4. Se realiza la toma de evidencias fotográficas y videos con previa autorización de los participantes.
5. Se registra en su respectivo formato la información y firma de los participantes.
6. Se realizan preguntas a los participantes a manera de conocer su opinión sobre la actividad y su interés en poner en práctica las orientaciones brindadas.
7. Se establecen compromisos por las partes que intervienen en esta actividad.
8. Finaliza la actividad agradeciendo a los participantes por su atención

En esta zona se realizaron Doce (12) orientaciones interviniendo a sesenta (60) personas a las cuales se les brindó a través de la entrega de un folleto informativo las siguientes orientaciones:

¿Qué es la Inocuidad Alimentaria?

La inocuidad alimentaria se refiere a asegurar que los alimentos sean seguros para el consumo, previniendo enfermedades y contaminación. Esto se logra mediante la aplicación de buenas prácticas en la producción, manipulación y venta de alimentos.

Buenas Prácticas para un Manejo Seguro de Alimentos

- Prácticas Agrícolas: Mantén los cultivos limpios y libres de contaminantes. Usa métodos adecuados de riego y cosecha para evitar la contaminación.

- Prácticas de Fabricación: Asegúrate de que los procesos de preparación y transformación cumplan con normas de higiene para evitar la contaminación cruzada.

- Higiene Personal: Lava tus manos con frecuencia y usa equipo de protección adecuado (guantes, tapaboca, gorros, delantales, etc.) para prevenir la transferencia de gérmenes a los alimentos.

- Manipulación Segura: Almacena los alimentos a las temperaturas adecuadas y evita el contacto de alimentos crudos con alimentos cocidos.

Sistema de Análisis y Puntos Críticos de Control (HACCP)

El HACCP es un sistema que te ayuda a identificar y controlar los puntos críticos en el proceso de producción y manipulación de alimentos. Implementarlo puede ayudarte a:

- Prevenir Contaminaciones: Identifica riesgos potenciales y establece medidas de control.

- Mejorar la Calidad: Asegura que los alimentos se mantengan en condiciones óptimas.

Inscripción Sanitaria y Formalización

Para asegurar que tu establecimiento cumple con las normativas sanitarias y operativas, es esencial:

- Inscripción Sanitaria: Registra tu negocio ante las autoridades sanitarias. Esto garantiza que tu establecimiento cumple con los requisitos de salud y seguridad.

- Formalización ante la Cámara de Comercio: Inscribe tu negocio en la Cámara de Comercio para operar legalmente y acceder a beneficios adicionales.

Beneficios de la Formalización

- Acceso a Recursos y Apoyo: Beneficiate de asesoramiento, formación y recursos para mejorar tu negocio.

- Confianza del Cliente: Ofrece a tus clientes la seguridad de que tus productos son seguros y cumplen con las normativas.

¿Cómo Realizar la Inscripción y Formalización?

- Contacto con Autoridades Sanitarias: Visita la oficina de secretaria local de salud para obtener información sobre el proceso de inscripción sanitaria.

- Registro en la Cámara de Comercio: Dirigete a la Cámara de Comercio de Valledupar para iniciar el proceso de formalización.

Recursos y Contactos

- Secretaria Local de salud: Cra. 9 #16b-51

- Cámara de Comercio: (605) 5897868. Calle. 15 #4 33, Valledupar, Cesar.

¡Recuerda!

¡Tu compromiso con la inocuidad alimentaria protege la salud de tus clientes y mejora tu negocio!

Las orientaciones contaron con la participación de trabajadores informales de los cuales treinta y cuatro (34) participantes pertenecen al género femenino y veinti seis (26) al género masculino.
Respecto al curso de vida al que pertenecen los participantes, se conoció que diez (10) se ubican en el rango de juventud entre los 18 a los 29 años; cuarenta y cinco (45) son adultos entre los 30 a 59 años, y cinco (5) se ubican en el ciclo de vida de la vejez en el rango de edad de 60 años en adelante.
En cuanto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se encontró que dieciséis (16) se ubican en otros hechos no especificados.
Respecto a la etnia, cuatro (4) pertenecen a población indígena; y los cuarenta y seis (46) restantes se auto reconocen en otros grupos étnicos no especificados.
En cuanto a las condiciones de vida se registró que los sesenta (60) participantes son cabeza de familia.

Evaluación

Al finalizar la actividad, se realizaron preguntas breves a los participantes para recopilar su opinión sobre el contenido, la claridad de la información presentada y la relevancia de los temas tratados. Las preguntas fueron las siguientes:

- ¿Considera que la información proporcionada fue útil?
- ¿Qué tan satisfecho está con la calidad de la charla?
- ¿Le gustaría recibir más información sobre otros temas relacionados?

Los participantes dieron respuestas asertivas expresando su interés en realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos. Esto se registró como un indicador del impacto potencial de la actividad en la formalización de negocios.

Se observó el comportamiento de los participantes durante la actividad, anotando su nivel de participación, las preguntas realizadas, el interés mostrado en el material informativo y el uso del elemento de bioseguridad distribuido.

Conclusiones

Al promover la inocuidad alimentaria y la formalización de negocios, la actividad contribuye a mejorar la salud pública en la comunidad, reduciendo riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos.

Se observó un notable interés entre los participantes por realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos. Esto sugiere que la actividad fue efectiva en motivar a los trabajadores a considerar la formalización de sus negocios como un paso necesario y beneficioso.

El material informativo y el elemento de bioseguridad distribuido durante la actividad fueron bien recibidos, y su claridad y relevancia facilitaron el aprendizaje. Las respuestas a las preguntas realizadas reflejaron una alta satisfacción con la información presentada.

Es necesario realizar un seguimiento continuo para garantizar que los participantes implementen las prácticas aprendidas y realicen la inscripción sanitaria. Esto puede ser fundamental para sustentar los cambios positivos en sus hábitos y la formalización de sus negocios.

Los resultados que se puedan obtener proporcionan una base sólida para diseñar futuras actividades de capacitación, considerando las áreas identificadas para mejorar y profundizar en temas de interés para los trabajadores informales.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Aplicar las prácticas de inocuidad alimentaria aprendidas durante la actividad, incluyendo la adecuada manipulación, almacenamiento y preparación de alimentos.	Manipuladores de alimentos	Permanente
2.	Iniciar el proceso de inscripción sanitaria de sus establecimientos dentro de un plazo determinado, buscando la formalización de sus negocios ante la Cámara de Comercio.	Encargados de establecimientos comerciales	2024
3.	Participar en futuras actividades de capacitación y formación sobre temas relacionados con la salud, la inocuidad alimentaria y la gestión de negocios.	Manipuladores de alimentos	Permanente
4.	Compartir la información y los recursos obtenidos con otros compañeros de trabajo y familiares, promoviendo así un ambiente de aprendizaje y concienciación en su comunidad.	Manipuladores de alimentos	Permanente

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

7 de Octubre 2024 Orientaciones en la Galería Popular









Registro fotográfico 7 de Octubre 2024 Orientaciones en la Galería Popular













Registro fotográfico 7 de Octubre 2024 Orientaciones en la Galería Popular













Registro fotográfico 7 de Octubre 2024 Orientaciones en la Galería Popular









ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo entregado, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Isabel María Calderón Luquez	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Olga Yesenia Díaz.	1050918450	
	Marelvis Bohorquez	37.320.208	

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD HOSPITAL ESTUDIOS ABDOMINO GIN. E.A.S.

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

NOMBRE DEL EVENTO: Ejecutar 100 orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plazas de mercado y pabellón del pescado, además inducir a los trabajadores informales la inscripción sanitaria del establecimiento.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional-PIC-HEAD. FECHA: 7 octubre 2024.

LUGAR: Galería popular. (4 orientaciones)

	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. JUVENTUS (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	1	William Gonzalez	77189964	1	5	4	4	1	3114050371	Galería	
	2	Maria Pardo	1067809149	1	5	4	4	1	3045483745	Galería	
	3	Yenifer Zapata Arrieta	1007433026	2	4	4	4	1	3117077052	Galeria	Yenifer Z.
	4	[illegible]	12598594	1	5	2	1	1	3165636877	Galería	
	5	Leira Marquez	49.717.232	2	5	4	4	1	3219454470	Galeria	Leira Marquez
2	6	Victor Daza	77183389	1	5	4	4	1		Galería	
	7	Victor Alfonso Daza Arango	1003240718	1	5	4	4-	1	3104317961	Galería	
	8	William Royal S	77192519	1	5	4	4	1	3107252942	Galería	Royal
	9	Q.h. Maria	77070960	1	5	4	4	1		Galeria popular	
	10	Gisel Barbosa	77127006	1	5	4	1	1		Galeria popular	
3	11	Darwin Cuello	1065566901	1	4	4	4	1		Galeria popular	
	12	José Salina	77092774	1	5	4	1	1		Galeria Popular	
	13	José Mendiola R	77019811	1	5	4	3	1		Galeria Popular	
	14	Yuren Sedial	5310690	2	4	4	3	1		Galeriapopular	Yuren S.
	15	Zaida Bonilla	15.389.111	2	5	4	3	1	3135661030	Galeria	Zaida
4	16	Laura Lopez.	39056438	1	5	4	4	1		Galeria	
	17	Francisco Ortiz	77846620	1	5	4	4	1		Galeria	
	18	Gabriel Saavedra	1065611481	1	5	4	4	1		Galeria	Gabriel
	19	Erwin Betancourt	1278696	2	5	4	1	1		Galeria	Erwin
	20	ARIALIS PEÑA	60562867	2	5	4	3	1		Galeria.	ARIALIS PEÑA

*(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: Gerentar 100 orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las tonas de galerías, plazas de mercado y pabellón del pescado, además inducir a los trabajadores informales para la inscripción sanitaria del establecimiento.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 7 octubre 2024

LUGAR: Galería Popular (orientaciones)

	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
2	1	Elsy Camargo	22534666	2	5	4	4	1	3114115816	Galería Popular	Elsy Camargo V.
	2	[illegible]	[illegible]	2	5	4			3004894081	Galería Popular.	[illegible]
	3	Marilin Mantilla	36517756	2	5	4	1	1	3122655	Galería Popular.	[illegible]
	4	Juan Manuel Cantero	1090374432	1	4	4	4	1	3104612031	Galería popular.	[illegible]
	5	Luis Antonio	77090261	1	5	4	4	1	3182255	Galería	[illegible]
	6	[illegible]	[illegible]	1	5	4	1	1	3145018211	Galería Popular	[illegible]
	7	[illegible]	49168355	2	5	4	4	1		Galería popular	
	8	Sandra Balli	60447287	2	5	4	4	1	3125490984	Galería popular	Sandra Balli
	9	Ana Diaz	49786404	2	5	4	1	1	3166208317	Galería	[illegible]
	10	Jessica Paola Arieta	1052026446	2	4	4	1	1	3026613396	Galería Popular	Jessica Arieta
3	11	maria Alejandra moñoz	1052543119	2	5	4	1	1	3024040230	Galería	maria
	12	Yenifer Cayl	49769254	2	5	4	4	1	3002533245	Galería	[illegible]
	13	JESUS [illegible]	3139[illegible]	1	4	4	4	1	3238108	Galería	[illegible]
	14	Fabian Guillamo Lopez	77189742	2	5	4	4	1	3006739316	Galería	[illegible]
	15	Roberto Gonzalez	77071991	1	5	2	1	1	3014160349	Galería	[illegible]
4	16	Wilfrido Molina	77030470	1	5	4	4	1	3015999129	Galería	[illegible]
	17	Diana Arango	49791369	2	5	4	1	1	3205384103	Galería	Diana
	18	Geraldine Daza	1065579388	2	4	4	4	1	3215409316	Galería	[illegible]
	19	DANIEL niño 66440485	6649[illegible]	1	6	4	4	1		Galería	DANIELA niña
	20	Olga Ruda	49769333	2	5	4	4	1	3124365587	Galería	Olga Ruda

*(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: Ejecutar 100 orientación de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plazas de mercado y pabellón del pescado, además inducir a los trabajadores informales para la inscripción Santaña

RESPONSABLE: Dimensión seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 7 octubre 2024

LUGAR: Galería popular. (Orientaciones).

	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	1	Julia C. Vasquez H	42.197.31	2	6	4	4	1	3126751560	Galeria Popular	
	2	Ximena Valentina Salgado	1067602975	2	4	4	4		3216329848	Galeria Popular.	
	3	[illegible]	[illegible]	2	5	4	4	1	5245 32	Galeria Popular.	
	4	[illegible]	49796282	2	5	4	4	1	3105039304	Galeria popular	
	5	Alicia Polo V	26 688978	2	5	4	4	1	3022812332	Galeria popular	
2	6	Amilcar Ordoñez	1066281000	2	4	2	4		3[illegible]1680	Galeria popular	
	7	Diana Camargo	5160377	9	4	2	1	1	3116966126	Galeria popular	
	8	Yolaira Cadena M	1065632072	2	5	4	1	1	3023015433	galeria popular	
	9	Erma Meza	49733027	2	6	4	4	1	49733027	Galeria popular	
	10	Jorge Luis Pico	3946282[illegible]	2	6	4	4	1	3024881813	Galeria popular	
3	11	Matilde Serpa	49734271	2	6	4	4	1	3105452888	Galeria popular	
	12	[illegible]	7616769	1	5	4	4	1	3147234263	Galeria popular	
	13	[illegible]	751[illegible]	1	5	4	4	1	3222826165	Galeria popular	
	14	[illegible]	06561478	1	5	4	4	1	3154265132	Galeria popular.	
	15	[illegible]	1.701.[illegible]	2	6	4	1	1	3158166136	Galeria popular.	
4	16	Yolly Acosta	49.761.342	2	5	4	4	1	320 230 6322	Galeria.	
	17	Heidy De la Hoz	13166974	1	5	4	4	1	3135611118	Galeria	
	18	[illegible]	3946102[illegible]	2	5	4	4	1	3145541689	Galeria popular	
	19	[illegible]	77-1276271	1	5	4	4	1	3167859[illegible]	Galeria popular	
	20	[illegible]	4797645[illegible]	2	5	4	4	1	3113867809	Galeria popular	

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

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional										
LUGAR:	Zonas alternas a la Galeria Popular			**FECHA**	8 Octubre 2024.		**HORA INICIO**	10:00 a.m			
							HORA FINAL	12:00 m			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientaciones de información en salud.					
TEMA:	Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio.										
OBJETIVO:	Promover la inocuidad alimentaria entre los trabajadores informales del sector de expendio de alimentos en la zona alterna a la galería popular proporcionando información y recursos que faciliten la implementación de prácticas seguras en la manipulación de alimentos, y fomentar la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la secretaria de salud y la Cámara de Comercio, con el fin de contribuir a la formalización de sus negocios y mejorar la salud pública en la comunidad.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Adolescencia, juventud , adultez, adulto mayor										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El día 8 de octubre se realizaron las actividades de orientación en salud enfocadas en la inocuidad alimentaria, dirigida a los trabajadores informales de comercio de alimentos ubicados en las zonas alternas a la galería popular.

Las orientaciones brindadas a los vendedores ambulantes se realizaron de manera directa e independiente, sin estar articuladas con ninguna entidad o gremio, debido a que los vendedores operan de forma autónoma y no están organizados en asociaciones o sindicatos. Esta modalidad permitió ofrecer recomendaciones especificas adaptadas a su contexto individual, respetando su forma de trabajo y asegurando que cada vendedor recibiera información clara y aplicable para mejorar sus prácticas sin depender de intermediarios.

La actividad tuvo como objetivo principal proporcionar información sobre la importancia de la inocuidad alimentaria y promover la inscripción sanitaria de sus negocios ante la secretaria de salud y la Cámara de Comercio. Este objetivo busca no solo educar a los participantes, sino también motivarlos a adoptar medidas que beneficien tanto su salud como la de sus clientes.

Durante las orientaciones realizadas se contó con el acompañamiento y apoyo de personal de la dimensión de SAN de secretaria de salud, brindando información sobre la importancia de la inocuidad alimentaria y así mismo asesoraron para la solicitud de inscripción para la inspección sanitaria de los establecimientos de comercio de alimentos.

A continuación se describen las actividades desarrolladas durante la intervención:

1. El equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional se dirige a los puestos ambulantes de venta de alimentos entre los que se encontró venta de frutas y verduras; bebidas y alimentos listos para el consumo como embutidos, arroz de pollo, jugos de naranja, limonadas, chuzos, chicha, empanadas, entre otros fritos y otros productos alimenticios. Se inicia con la presentación del equipo, se da a conocer el nombre de la estrategia y el objetivo de la actividad.
2. Se entrega folleto informativo y se socializa la información que contiene, el cual lleva por título el nombre de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES"
   ¡Garantiza la seguridad alimentaria de los alimentos que ofreces!
3. Se realiza la entrega de tapabocas sensibilizando sobre la importancia del uso de esta herramienta de bioseguridad para los expendedores y para el consumidor.
4. Se realiza la toma de evidencias fotográficas y videos con previa autorización de los participantes.
5. Se registra en su respectivo formato la información y firma de los participantes.
6. Se realizan preguntas a los participantes a manera de conocer su opinión sobre la actividad y su interés en poner en práctica las orientaciones brindadas.
7. Se establecen compromisos por las partes que intervienen en esta actividad.
8. Finaliza la actividad agradeciendo a los participantes por su atención

En esta zona se realizaron 18 orientaciones interviniendo a Noventa (90) personas a las cuales se les brindó a través de la entrega de un folleto informativo las siguientes orientaciones:

¿Qué es la Inocuidad Alimentaria?

La inocuidad alimentaria se refiere a asegurar que los alimentos sean seguros para el consumo, previniendo enfermedades y contaminación. Esto se logra mediante la aplicación de buenas prácticas en la producción, manipulación y venta de alimentos.

Buenas Prácticas para un Manejo Seguro de Alimentos

- Prácticas Agrícolas: Mantén los cultivos limpios y libres de contaminantes. Usa métodos adecuados de riego y cosecha para evitar la contaminación.

- Prácticas de Fabricación: Asegúrate de que los procesos de preparación y transformación cumplan con normas de higiene para evitar la contaminación cruzada.

- Higiene Personal: Lava tus manos con frecuencia y usa equipo de protección adecuado (guantes, tapaboca, gorros, delantales, etc.) para prevenir la transferencia de gérmenes a los alimentos.

- Manipulación Segura: Almacena los alimentos a las temperaturas adecuadas y evita el contacto de alimentos crudos con alimentos cocidos.

Sistema de Análisis y Puntos Críticos de Control (HACCP)

El HACCP es un sistema que te ayuda a identificar y controlar los puntos críticos en el proceso de producción y manipulación de alimentos. Implementarlo puede ayudarte a:

- Prevenir Contaminaciones: Identifica riesgos potenciales y establece medidas de control.

- Mejorar la Calidad: Asegura que los alimentos se mantengan en condiciones óptimas.

Inscripción Sanitaria y Formalización

Para asegurar que tu establecimiento cumple con las normativas sanitarias y operativas, es esencial:

- Inscripción Sanitaria: Registra tu negocio ante las autoridades sanitarias. Esto garantiza que tu establecimiento cumple con los requisitos de salud y seguridad.

- Formalización ante la Cámara de Comercio: Inscribe tu negocio en la Cámara de Comercio para operar legalmente y acceder a beneficios adicionales.

Beneficios de la Formalización

- Acceso a Recursos y Apoyo: Beneficiate de asesoramiento, formación y recursos para mejorar tu negocio.

- Confianza del Cliente: Ofrece a tus clientes la seguridad de que tus productos son seguros y cumplen con las normativas.

¿Cómo Realizar la Inscripción y Formalización?

- Contacto con Autoridades Sanitarias: Visita la oficina de secretaria local de salud para obtener información sobre el proceso de inscripción sanitaria.

- Registro en la Cámara de Comercio: Dirígete a la Cámara de Comercio de Valledupar para iniciar el proceso de formalización.

Recursos y Contactos

- Secretaria Local de salud: Cra. 9 #16b-51

- Cámara de Comercio: (605) 5897868. Calle. 15 #4 33, Valledupar, Cesar.

¡Recuerda!

¡Tu compromiso con la inocuidad alimentaria protege la salud de tus clientes y mejora tu negocio!

Las orientaciones contaron con la participación de noventa (90) trabajadores informales, de los cuales diecisiete (17) participantes pertenecen al género femenino y setenta y tres (73) al género masculino.
Respecto al curso de vida al que pertenecen los participantes, se conoció que Veintinueve (29) se ubican en el rango de juventud; cincuenta y cuatro (54) se encuentran en la adultez y siete (7) pertenecen al curso de vida vejez.
En cuanto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se encontró que veinti seis (26) se reconocen como víctimas de la violencia por desplazamiento; seis (6) son migrantes.
Respecto a la etnia, cuatro (4) pertenece a población indígena, uno (1) es afrocolombiano y ochenta y cinco (85) se reconocen en otros grupos no especificados.
En cuanto a las condiciones de vida se registró que todos los noventa (90) participantes son cabeza de familia.

Evaluación

Al finalizar la actividad, se realizaron preguntas breves a los participantes para recopilar su opinión sobre el contenido, la claridad de la información presentada y la relevancia de los temas tratados. Las preguntas fueron las siguientes:

- ¿Considera que la información proporcionada fue útil?
- ¿Qué tan satisfecho está con la calidad de la charla?
- ¿Le gustaría recibir más información sobre otros temas relacionados?

Los participantes dieron respuestas asertivas expresando su interés en realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos. Esto se registró como un indicador del impacto potencial de la actividad en la formalización de negocios.

Se observó el comportamiento de los participantes durante la actividad, anotando su nivel de participación, las preguntas realizadas, el interés mostrado en el material informativo y el uso del elemento de bioseguridad distribuido.

Conclusiones

Al promover la inocuidad alimentaria y la formalización de negocios, la actividad contribuye a mejorar la salud pública en la comunidad, reduciendo riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos.

Se observó un notable interés entre los participantes por realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos. Esto sugiere que la actividad fue efectiva en motivar a los trabajadores a considerar la formalización de sus negocios como un paso necesario y beneficioso.

El material informativo y el elemento de bioseguridad distribuido durante la actividad fueron bien recibidos, y su claridad y relevancia facilitaron el aprendizaje. Las respuestas a las preguntas realizadas reflejaron una alta satisfacción con la información presentada.

Es necesario realizar un seguimiento continuo para garantizar que los participantes implementen las prácticas aprendidas y realicen la inscripción sanitaria. Esto puede ser fundamental para sustentar los cambios positivos en sus hábitos y la formalización de sus negocios.

Los resultados que se puedan obtener proporcionan una base sólida para diseñar futuras actividades de capacitación, considerando las áreas identificadas para mejorar y profundizar en temas de interés para los trabajadores informales.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

Esta acta se valida a través de las información y las firmas recolectadas durante la intervención.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Aplicar las prácticas de inocuidad alimentaria aprendidas durante la actividad, incluyendo la adecuada manipulación, almacenamiento y preparación de alimentos.	Manipuladores de alimentos	Permanente
2.	Participar en futuras actividades de capacitación y formación sobre temas relacionados con la salud, la inocuidad alimentaria y la gestión de negocios.	Manipuladores de alimentos	Permanente
3.	Compartir la información y los recursos obtenidos con otros compañeros de trabajo y familiares, promoviendo así un ambiente de aprendizaje y concienciación en su comunidad.	Manipuladores de alimentos	Permanente

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

8 de Octubre 2024 Orientaciones en zona alterna de la galeria Popular













Registro fotográfico 8 de Octubre 2024 Orientaciones en zona alterna de la galería Popular









ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo entregado, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Isabel Maria Calderón Luquez	
	Olga Yesenia Calderón	1050918950	

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

NOMBRE DEL EVENTO: Ejecutar 100 orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galeñas, plazas de mercado y Pabellón del pescado, además inducir a los trabajadores informales para la inscripción sanitaria del establecimiento.

TIPO DE ACCIÓN (MARQUE CON UNA X): TALLER: REUNIÓN: SENSIBILIZACIÓN: OTRO: CUÁL?

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional - PIC-HEAD. FECHA: 8 octubre 2024.

LUGAR: Galeña Popular. (4 orientaciones)

	Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	SEXO Y GÉNERO	EDAD	ETNIAS	VICTIMA	CONDICIONES	TELÉFONO	ORGANIZACIÓN	FIRMA
1	1	Yenis Diaz gomez	1.00 431494	1	5	4	4	1	3122277733	Galeria	
	2	Jaider Pabón Fonseca	1065604914	1	5	4	4	1	3034636246	Galeria	Jaider Pabón Fonseca.
	3	Libardo Mo?.	91134049	1	5	2	1	1	3176369388	Galeria	Libardo Mo?
	4	Rosa Isbón Bonill S.	21231354	2	6	4	1	1	3135122036	Galeria	Rosa Isbón Bonilla
	5	Jose Loaiza	19582847	1	6	4	4	1	3145421660		Jose Loaiza
2	6	Orinoj Yepez Lopez	72719622	1	6	4	4	1	3165656533	Galeria	Doriny Lpz
	7	Viviana Ayuth	49605603	2	5	4	4	1	3006309288	Galeria	Viviana
	8	Dayana Beltran.	1065636649	2.	5	4	1.	1.	3013940958	GALERIA.	Dayana B.
	9	Jairo Uribe	10650460	1	4	4	1	1	3126651068	GALERIA	
	10	Mabel Carabeli	49760241	2	5	4	4	1	3058947026	Galeria	Mabel
3	11	Mariangeli Lopez	1065295196	2	4	4	4	1	3025527231	Galeria	Mariangeli Lopez
	12	Marlene Becerra	49758704	2	5	4	4	1	3126433150	Galeria	Marlene Becerra
	13	Yuritza Blanco	18269696	2	5	4	3	1	3022772551	Galeria	Yuritza
	14	Vicente Ayala	12646061	1	5	4	4	1	3225418068	Galeria	Vicente Ayala
	15	Osvaldo Sanchez	17944030	1	6	4	4	1		Galeria	Osvaldo
4	16	Berlides Carrillo	1003315822	2	4	4	1	1	3015567447	Galeria Popular	Berlides carrillo
	17	Alix Marcela Alandete	1065842553	2	4	4	4	1	3147788822	Galeria popular	Alix Alandete
	18	Wilmer Galeano	1003315087	1	4	4	4	1	3006165806	Galeria Popular	Wilmer
	19	Wilmar Galeano	1003315090	1	4	4	4	1	3226816586	Galeria P.	Wilmar Galeano
	20	Jose De los Reyes	14587104	1	6	1	1	1	3245310361	Galeria P.	

*(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: Ejecutar 100 orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plazas de mercado y pabellón del pescado, además inducir a los trabajadores informales para la inscripción sanitaria del establecimiento.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 8 octubre 2024.

LUGAR: Galería popular - Ventas ambulantes de alimentos (4 orientaciones)

	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	Manuel Francisco Cp.	1067870676	1	5	4	4	1	3205753313	Galería Popular	
	2	Seison Iriana	1065639798	1	5	4	4	1	3025752078	Galería Popular	Seison Iriana
	3	Guzmán A. Arenas	73168592	1	5	4	1	1	3138257595	Galería Popular	Guzmán A. Arenas J. S.
	4	Manuel Alfonso Cortinas	1065814120	1	4	2	1	1	3194295454	Galería Popular	Manuel Alfonso
	5	Brayan Cusman	1066348720	1	4	4	4	1	3244373709	Galería Popular	Brayan
	6	Miguel Martínez	1003133855	1	4	2	1	1	3235161308	Galería Popular	
	7	[illegible]	63359784	2	5	4	4	1	3156160094	Galería Popular	
	8	Omar Olmedo	19915505	1	5	4	3	1	3011087588	Galería Popular	
	9	Isaías Rodríguez	1003265485	1	4	4	1	1	3217049762	Galería Popular	Isaías Rodríguez
	10	AUDIS Lucero	1003165659	1	5	4	4	1	3145744894	Galería Popular	AUDIS LUCERO
	11	Alejandro M.	1065832811	1	4	4	1	1	3045638362	Galería Popular	
	12	Camilo Amaya	1925375381	1	4	4	1	1	3146789736	Galería popular	Camilo Amaya
	13	Cristian Ferrer	1067945659	1	4	4	1	1		Galería Popular	
	14	Alejandro Cambero	26431033	1	4	4	3	1	3015731996	Galería Popular	
	15	FRANCISCO POLO	1264489[illegible]	1	5	4	4	1	3233070279	Galería popular	
	16	Ricardo Silvera	8752798[illegible]	1	5	4	1	1	3177686635	Galería popular	Ricardo Silvera
	17	Cristian Andres Mendez	1005162233	1	4	4	1	1	3043209715	Galería popular	Cristian Mendez
	18	Edier Tundeno	1065593813	1	5	4	4	1		Galería Popular	Edier Tundeno
	19	Juan David Quintana M	1007374385	1	4	4	4	1	3178799420	Galería popular	Juan David
	20	ALVARO CANTERA	1003378791	1	4	4	4	1	3005652474	Galería popular	ALVARO 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

"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: Ejecutar 100 orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria en las zonas de galerías, plazas de mercado y pabellón del pescado, además inducir a los trabajadores informales para la inscripción sanitaria del establecimiento.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 8 octubre 2024.

LUGAR: Galería Popular- Venta ambulante de alimentos. (4 orientaciones)

	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	1	Paula Arroyuelo	1063954794	2	5	4	4	1	3117293327	Galería P.	
1	2	Rafael Cantera	1143586897	1	4	4	4	1	3022740270	Galería	
	3	Luis Sanjuan	19597933	1	5	4	1	1	3001585715	Galería	Luis A. Sanjuan
	4	Cesar Ugarte	1120197118	1	4	4	4	1		Galería popular	cesar ugarte
	5	David Chirinos	4977090	1	4	4	3	1	3159754450	Galería popular	Chirinos
2	6	Andrea López	1124076858	1	5	4	1	1	3225103778	Galería Popular	Andrea
	7	Jessica Ovalle	1.065629063	1	5	2	1	1	3175016701	Galería Popular	Jessica Ovalle
	8	Jonathan Muñoz	1065631665	1	5	4	4	1	3243577498	Galería popular	
	9	Cesar Augusto Herrera	1013209	1	5	4	4	1	3043988200	Galería popular	
	10	Omar Rafael Morales	1.022357	1	4	4	4	1	3208546661	Galería popular	Omar Rafael
3	11	BRAYAN GUERRERO	1065610468	1	4	4	4	1	3245358845	Galería popular	BRAYAN
	12	JUAN DAVID CABARCAS	1003315189	1	4	4	4	1	3212418196	Galería popular	
	13	Joan Flores	5599829	1	5	4	3	1	3117666376	Galería popular	Joan
	14	Deonar Becerra	5939031	1	5	4	3	1	3009939935	Galería popular	Deonar
	15	Yanlue Pallares	49777245	2	5	4	4	1	3164940187	Galería popular	Yanlue Pallares
4	16	Diarlys Cervantes	1065655584	2	5	4	4	1	3008758605	Galería popular	Diarlys Cervantes.
	17	Lorena Barrios	49718902	2	5	4	4	1	3108480837	Galería popular	Lorena B.
	18	Nayi D. Arrieta	1770232149	1	5	4	4	1	3043567668	Galería popular.	
	19	Fredy Barrios A	12598136	1	5	4	4	1	3104258081	Galería popular	FREDY H
	20	Andrés Arciniega	77.172776	1	6	4	4	1	3043835960	Galería popular	NO FIRMA

*(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: Ejecutar 100 orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galeras, plazas de mercado y pabellon del pescado, ademas inducir a los trabajadores informales la inscripción sanitaria del establecimiento.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional. PIC-HEAD. FECHA: 8 octubre 2024.

LUGAR: Galeria Popular - Venta ambulante de alimentos. (4 orientaciones)

	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	1	Eder Jnes Timera	1065567160	1	5	4	4	1	3004791880	Galeria	Eder Jnes
	2	Jay Ludwig	1065645	1	5	4	4	1		Galeria popular	
	3	Jay anthony Paez	1065649	1	5	4	1	1	3044742	Galeria popular	
	4	Dimas A. Hurtado	1065601	1	5	4	1	1		Galeria popular	
	5	Luis Francisco Lopez	85271	1	5	4	4	4	1	Galeria popular	
2	6	Beatriz Ebrath	36669436	2	5	4	4	1		Galeria popular	
	7	Manuel Venencia	19500613	1	4	4	4	1		Galeria popular	
	8	Ramon Mejia	12127251	1	6	4	4	1		Galeria popular	NO FIRMA
	9	Francisco Ayala	10871331	1	4	4	4	1		Galeria popular	NO FIRMA
	10	Dimas F. Hurtado	1117836	1	4	5	1	1		Galeria popular	DIMAS HURTADO
3	11	miguel Hernandez	1091905	1	5	4	4	1		Galeria popular	miguel
	12	Alexander Ospino	12647378	1	5	4	4	1	3208251649	Galeria popular	
	13	Fabiana andrea cabeza	1144424	1	5	4	4	1	3143532222	Galeria popular	
	14	Luis Bolaño	12687	1	5	4	1	1		Galeria popular	Luis Bolaño
	15	Luis Fernando ortiz	1044427	1	5	4	1	1		Galeria popular	luis ortiz
4	16	Eris Fernandez	1003244	1	5	4	1	1		Galeria popular	Eris
	17	Daladier Florez	77175.234	1	5	4	1	1		Galeria popular	
	18	Efrain Jimenez	27.829337	1	5	4	4	1		Galeria popular	Efrain Jimenez
	19	Maria Eugenia R	77160	1	5	4	4	1		Galeria popular	
	20	Yenny Cabarcas	32033139	1	5	4	4	1		Galeria popular	

*(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: Ejecutar 100 orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaña, en las zonas de galeñas, plazas de mercado y pabellon del pescado, además inducir a los trabajadores informales la inscripción sanitaña.

RESPONSABLE: Dimension seguridad alimentaña y nuticional PIC-HEAD. FECHA: 8 Octubre 2024.

LUGAR: Galeña popular - Venta ambulante de alimentos. (20 orientaciones)

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	CICLO: 1. PRIMERA INFANCIA (0 a hasta 5 años 11 meses 29 días) 2. INFANCIA (6 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días) 4. JUVENTUD (18 años hasta 28 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (29 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6. VEJEZ (60 años en adelante)	ETNIAS: 1. NAM 2. NEGRA/A 3. ROM 4. OTRO	VICTIMAS: 1. DESPLAZADO 2. DESPLAZADO 3. MIGRANTE 4. OTRO	CONDICIONES: 1. CAMPESINO/A 2. PCD 3. CUIDADOR/A 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Yandrelys Manzano	1065588177	2	4	4	4	1	3135600186	Galeria popular	Yandrelys Manzano
2	Yeniffer Padilla	1065580577	2	5	4	4	1		Galeria popular	Yeniffer
3	Yenifer Paz Carlos	12524370	1	5	4	4	1	3114045456	Galeria popular	Yenifer Paz.
4	Andres yance	1065781139	1	4	4	4	1	3	Galeria popular	Andres yance
5	MICHAEL HUTTADO	1002245120	1	4	4	4	1	3216579805	Galeria popular	MICHAEL HUTTADO
2	Jose H. Manzano S.	7592983	1	5	4	4	1	3135317037	Galeria popular	Jose Manzano
7	JOSE BERNAL	1636965	1	5	4	4	1		Galeria popular	JOSE BERNAL
8	Manuel C	189[illegible]	1	5	4	1	1		Galeria popular	[illegible]
9	Alfonso Martinez	7573940	1	5	4	4	1		Galeria popular	[illegible]
10	Nelfes Higuita	1065634867	2	5	4	4	2	3214025085	Galeria popular	[illegible]
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.

	SECRETARÍA LOCAL DE SALUD **FORMATO DE ACTA**	

ÁREA:	Seguridad Alimentaria Y Nutricional										
LUGAR:	Central de abastos de Valledupar - Mercabastos			**FECHA**	9 y 10 Octubre 2024		**HORA INICIO**	8:00 a.m			
							HORA FINAL	12:00 m			
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**	Orientaciones de información en salud.					
TEMA:	Ejecutar cien (100) orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellón del pescado además inducir a los trabajadores informales para que realicen la inscripción sanitaria del establecimiento (alimentos y bebidas) y de esta manera realizar su respectiva formalización ante la cámara de comercio.										
OBJETIVO:	Promover la inocuidad alimentaria entre los trabajadores del sector de expendio de alimentos en la zona de Mercabastos proporcionando información y recursos que faciliten la implementación de prácticas seguras en la manipulación de alimentos, y fomentar la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la secretaria de salud y la Cámara de Comercio, con el fin de contribuir a la formalización de sus negocios y mejorar la salud pública en la comunidad.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Adolescencia, juventud , adultez, adulto mayor										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Para llevar a cabo las actividades, el equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional del PIC mediante oficio del 4 de septiembre realiza la concertación con la gerente de la central de abastos de Valledupar - Mercabastos, la señora Mariam Muvdi y delega coordinar con el gerente de la coopropiedad Carlos Picon con el objetivo de socializar las actividades a desarrollarse en el marco de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES": En este oficio se presenta la propuesta, el cual tiene como fin solicitar formalmente su apoyo para la realización de una serie de orientaciones en salud dirigida a todas las personas que laboran en los locales en expendios de alimentos para promover la inocuidad alimentaria proporcionando información y recursos que faciliten la implementación de prácticas seguras en la manipulación de alimentos, y fomentar la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la Cámara de Comercio, con el fin de contribuir a la formalización de sus negocios y mejorar la salud pública en la comunidad. Así mismo se realizó articulación mediante oficio del 2 de septiembre con el director de la cámara de comercio de Valledupar, el señor José Luis Uron Márquez, solicitando su apoyo para brindar información y sensibilizar a estos comerciantes sobre la importancia de formalizar sus establecimientos, destacando los requisitos necesarios para la inscripción sanitaria de los mismos y los beneficios que obtienen al legalizar su actividad comercial, brindar información detallada sobre los pasos a seguir, la documentación requerida y los beneficios económicos y sociales que conlleva la formalización empresarial.

Las articulaciones para llevar a cabo esta actividad de manera efectiva y significativa, se realizaron también con la dimensión ambiental y dimensión del ámbito laboral de la secretaria de salud de Valledupar con el objetivo de solicitar su acompañamiento en el marco de la ejecución de las orientaciones.

Las orientaciones fueron realizadas los días 9 y 10 de Octubre desde las 8:00 a.m hasta las 12:00 p.m. Se realizaron las actividades de orientación en salud enfocadas en la inocuidad alimentaria, dirigida al sector de expendio de alimentos en la central de abastos. La actividad tuvo como objetivo principal proporcionar información sobre la importancia de la inocuidad alimentaria y promover la inscripción sanitaria de sus establecimientos ante la secretaria de salud y la Cámara de Comercio. Este objetivo busca no solo educar a los participantes, sino también motivarlos a adoptar medidas que beneficien tanto su salud como la de sus clientes.

A continuación se describen las actividades desarrolladas durante los días de intervención:

1. El equipo de la dimensión seguridad alimentaria y nutricional se dirige a los locales de comercio de alimentos ubicados en la central de abastos.
2. Se inicia con la presentación del equipo, se da a conocer el nombre de la estrategia y el objetivo de la actividad.
3. Se entrega folleto informativo y se socializa la información que contiene, el cual lleva por título el nombre de la estrategia "CUIDA LO QUE COMES"
   ¡Garantiza la seguridad alimentaria de los alimentos que ofreces!
4. Se realiza la entrega de tapabocas sensibilizando sobre la importancia del uso de esta herramienta de bioseguridad para los expendedores y para el consumidor.
5. Toma de evidencias fotográficas y videos con previa autorización de los participantes.
6. Registro en su respectivo formato de la información y firma de los participantes.
7. Evaluación de la actividad realizando preguntas a los participantes a manera de conocer su opinión sobre la actividad y su interés en poner en práctica las orientaciones brindadas.
8. Se establecen compromisos por las partes que intervienen en esta actividad.
9. Finaliza la actividad agradeciendo a los participantes por su atención

En esta zona se realizaron diez (10) orientaciones realizando ocho (8) orientaciones el 9 de octubre y dos (2) orientaciones el 10 de octubre interviniendo a cincuenta y cuatro (54) personas a las cuales se les brindó a través de la entrega de un folleto informativo las siguientes orientaciones:

¿Qué es la Inocuidad Alimentaria?

La inocuidad alimentaria se refiere a asegurar que los alimentos sean seguros para el consumo, evitando enfermedades y contaminación. Esto se logra mediante la aplicación de buenas prácticas en la producción, manipulación y venta de alimentos.

Buenas Prácticas para un Manejo Seguro de Alimentos

- Prácticas Agrícolas: Mantén los cultivos limpios y libres de contaminantes. Usa métodos adecuados de riego y cosecha para evitar la contaminación.

- Prácticas de Fabricación: Asegúrate de que los procesos de preparación y transformación cumplan con normas de higiene para evitar la contaminación cruzada.

- Higiene Personal: Lava tus manos con frecuencia y usa equipo de protección adecuado (guantes, tapaboca, gorros, delantales, etc.) para prevenir la transferencia de gérmenes a los alimentos.

- Manipulación Segura: Almacena los alimentos a las temperaturas adecuadas y evita el contacto de alimentos crudos con alimentos cocidos.

Sistema de Análisis y Puntos Críticos de Control (HACCP)

El HACCP es un sistema que te ayuda a identificar y controlar los puntos críticos en el proceso de producción y manipulación de alimentos. Implementarlo puede ayudarte a:

- Prevenir Contaminaciones: Identifica riesgos potenciales y establece medidas de control.

- Mejorar la Calidad: Asegura que los alimentos se mantengan en condiciones óptimas.

Inscripción Sanitaria y Formalización

Para asegurar que tu establecimiento cumple con las normativas sanitarias y operativas, es esencial:

- Inscripción Sanitaria: Registra tu negocio ante las autoridades sanitarias. Esto garantiza que tu establecimiento cumple con los requisitos de salud y seguridad.

- Formalización ante la Cámara de Comercio: Inscribe tu negocio en la Cámara de Comercio para operar legalmente y acceder a beneficios adicionales.

Beneficios de la Formalización

- Acceso a Recursos y Apoyo: Beneficiate de asesoramiento, formación y recursos para mejorar tu negocio.

- Confianza del Cliente: Ofrece a tus clientes la seguridad de que tus productos son seguros y cumplen con las normativas.

¿Cómo Realizar la Inscripción y Formalización?

- Contacto con Autoridades Sanitarias: Visita la oficina de secretaria local de salud para obtener información sobre el proceso de inscripción sanitaria.

- Registro en la Cámara de Comercio: Dirígete a la Cámara de Comercio de Valledupar para iniciar el proceso de formalización.

Recursos y Contactos

- Secretaria Local de salud: Cra. 9 #16b-51

- Cámara de Comercio: (605) 5897868. Calle. 15 #4 33, Valledupar, Cesar.

¡Recuerda!

¡Tu compromiso con la inocuidad alimentaria protege la salud de tus clientes y mejora tu negocio!

Las orientaciones contaron con la participación de cincuenta y cuatro (54) trabajadores de los cuales catorce (14) participantes pertenecen al género femenino y cuarenta (40) al género masculino.
Respecto al curso de vida al que pertenecen los participantes, se conoció que, veinti dos (22) se ubican en el rango de juventud; treinta y uno (31) son adultos, y uno (1) pertenece al curso de vida vejez.
En cuanto a la pertenencia de los participantes al enfoque diferencial se encontró que trece (13) se reconocen como víctimas de la violencia por desplazamiento y seis (6) son migrantes.
Respecto a la etnia, dos (2) pertenecen a población indígena; y cincuenta y dos (52) participantes se auto reconocen en otros grupos no especificados.

Evaluación

Al finalizar la actividad, se realizaron preguntas breves a los participantes para recopilar su opinión sobre el contenido, la claridad de la información presentada y la relevancia de los temas tratados. Las preguntas fueron las siguientes:

- ¿Considera que la información proporcionada fue útil?
- ¿Qué tan satisfecho está con la calidad de la charla?
- ¿Le gustaría recibir más información sobre otros temas relacionados?

Los participantes dieron respuestas asertivas expresando su interés en realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos. Esto se registró como un indicador del impacto potencial de la actividad en la formalización de negocios.

Se observó el comportamiento de los participantes durante la actividad, anotando su nivel de participación, las preguntas realizadas, el interés mostrado en el material informativo y el uso del elemento de bioseguridad distribuido.

Conclusiones

Al promover la inocuidad alimentaria y la formalización de negocios, la actividad contribuye a mejorar la salud pública en la comunidad, reduciendo riesgos asociados con la manipulación inadecuada de alimentos.

Se observó un notable interés entre los participantes por realizar la inscripción sanitaria de sus establecimientos. Esto sugiere que la actividad fue efectiva en motivar a los trabajadores a considerar la formalización de sus negocios como un paso necesario y beneficioso.

El material informativo y el elemento de bioseguridad distribuido durante la actividad fueron bien recibidos, y su claridad y relevancia facilitaron el aprendizaje. Las respuestas a las preguntas realizadas reflejaron una alta satisfacción con la información presentada.

Es necesario realizar un seguimiento continuo para garantizar que los participantes implementen las prácticas aprendidas y realicen la inscripción sanitaria. Esto puede ser fundamental para sustentar los cambios positivos en sus hábitos y la formalización de sus negocios.

Los resultados que se puedan obtener proporcionan una base sólida para diseñar futuras actividades de capacitación, considerando las áreas identificadas para mejorar y profundizar en temas de interés para los trabajadores informales.

Cabe resaltar que durante el desarrollo de las orientaciones no se evidenció población con eventos de salud que fueran sujetos de intervenciones de las rutas (RPMS) o servicios de salud y servicios sociales, por lo cual no fue necesaria realizar canalizaciones.

COMPROMISOS

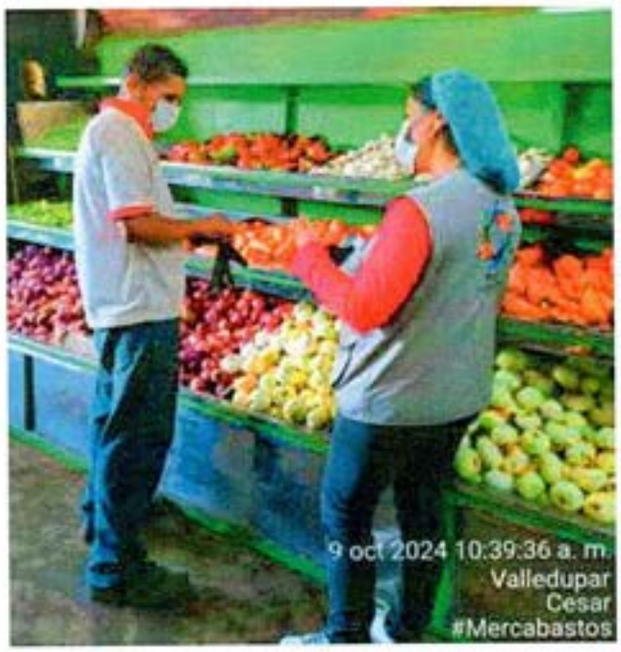
No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Aplicar las prácticas de inocuidad alimentaria aprendidas durante la actividad, incluyendo la adecuada manipulación, almacenamiento y preparación de alimentos.	Manipuladores de alimentos	Permanente
2.	Iniciar el proceso de inscripción sanitaria de sus establecimientos dentro de un plazo determinado, buscando la formalización de sus negocios ante la Cámara de Comercio.	Encargados de establecimientos comerciales	2024
3.	Participar en futuras actividades de capacitación y formación sobre temas relacionados con la salud, la inocuidad alimentaria y la gestión de negocios.	Manipuladores de alimentos	Permanente
4.	Compartir la información y los recursos obtenidos con otros compañeros de trabajo y familiares, promoviendo así un ambiente de aprendizaje y concienciación en su comunidad.	Manipuladores de alimentos	Permanente

REGISTROS FOTOGRÁFICOS

9 de octubre 2024 Orientaciones en Mercabastos









Registro fotográfico 10 de Octubre 2024 Orientaciones en Mercabastos









Registro fotográfico 10 de Octubre 2024 Orientaciones en Mercabastos





ANEXOS:	Listados de asistencia, material informativo entregado, videos, documento de planeación metodológica.		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	Isabel María Calderón Luquez	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Carlos Juan Picon	C. 15172606	
	Olga Lucia Ariza R.	1050918750	

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?: Orientacion en Salud

NOMBRE DEL EVENTO: Ejecutar 100 orientaciones de Información en Salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plaza de mercado y pabellon del pescado además inducir a los trabajadores informales para la inscripción sanitaria del establecimiento.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 9 octubre 2024.

LUGAR: Mercabastos (40 orientaciones)

	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	1	[illegible]	8.533.031	1	5	4	4	1	3001541857	[illegible]	[illegible]
	2	[illegible]	36562186	2	5	4	1	1	3145037069	Mercabasto	[illegible]
	3	Duvan Arpentc.	1043203594	2	4	4	1	1		mercabasto	Duvan Andres
	4	[illegible]	1066890382	1	4	4	1	1		mercabasto	Jose Zarate
	5	[illegible]	39 [illegible]	1	6	4	1	1	3146483286	3146463286	[illegible]
2	6	[illegible]	19594859.	1	5	4	1	1	3122973124	Mercabasto	Jose Zarate
	7	[illegible]	12436095	1	5	4	4	1		Mercabasto	[illegible]
	8	[illegible]	1065 [illegible]	1	5	4	4	1	3175000559	MERCABASTO	[illegible]
	9	Kevin Gonzalez	2098 3643	2	0	4	4	1		Mercabastos	Kevin [illegible]
	10	Tacypai Amaya	2249552	1	4	2	1			mercabastos	Amaya Tupay
3	11	[illegible]	77159553	1	5	4	1	1	3005098889	MERCABASTO	[illegible]
	12	[illegible]	64521647	2	5	4	4	1	3019251516	mercabasto	[illegible]
	13	Alvaro José Orozco B	1065.642.844	1	5	4	4	1	3014699178	MERCABASTO	Alvaro Orozco B
	14	[illegible]	77036 [illegible]	1	5	4	4	1	3	Mercabasto	[illegible]
	15	[illegible]	1065623 [illegible]	1	5	4	4	1	3215397812	Mercabasto	[illegible]
4	16	[illegible]	1007443 [illegible]	2	4	4	1	1	3152018?2	Mercabasto	[illegible]
	17	[illegible]	161.51172.	1	5.	4	3	1		Mercabasto	[illegible]
	18	[illegible]	12401816	1	4	4	4	1	3007531141	[illegible]	[illegible]
	19	[illegible]	27093750	1	5	4	4	1	3145328191	Mercabastos	[illegible]
	20	[illegible]	1065 [illegible]	2	6	4	4	1	3005660965	mercabastos	[illegible]

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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

HEAD

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

NOMBRE DEL EVENTO: Ejecutar 100 Orientaciones de Información en Salud sobre inocuidad alimentaria, en las tomas de galerías, plazas de mercado y pabellón de pescado además inducir a los trabajadores informales para la inscripción sanitaria del establecimiento.

RESPONSABLE: Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional pic-Head. FECHA: 9 octubre 2024.

LUGAR: Mercabastos (4 orientaciones).

	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
5	1	José Castillo	25.648781	1	4	4	3	1	3172167292	Mercabasto	
	2	Juan Esteban	1065174096	1	4	4	4	1	3238251100	mercabastos	
	3	Daniel Gomez	16968693	1	4	4	3	1	3136940388	Mercabastos	
	4	Wilfer Junior	1132279097	1	4	4	1			Mercabastos	
	5	Jorge Jorias		1	5	4	4	1		Mercabastos	
6	6	Juan José Pinones Ortiz	1068386463	1	4	4	4			Mercabastos.	
	7	[illegible]	75 [illegible]	1	5	4	1	1	3016027050	Mercabasto.	
	8	Antonio Perez.	17.194738	2	5	4	4	1	3107476724	M Ercabasto	
	9	Cristian Lopez C	1065825495	1	4	4	4	1	3178690133	Mercabastos	
	10	Sonia Angulo	1067572940	1	4	4	4		3016066623	Mercabastos	
7	11	Yusmaith Ladino	ppt 142004	2	4	4	3	1	3244662840	Mercabastos	
	12	Manuel Andres R.	1007171569	1	4	4	4	1		Mercabastos.	
	13	Alex Mercados	213435	1	5	4	4	1	3044596290	mercabasto	
	14	Jorman Fuente	1063189713	1	5	4	4	1	3113789951	Mercabasto	
	15	YASTHAIRA CATTAREGO	1126231482	2	5	4	4	1	3205061799	Mercabastos	
8	16	Yhon E. Contreras	1065590189	1	5	4	4	1	3106249026	Mercabastos	
	17	Astrid Buelvas	1065591246	2	38	4	1	1	3166278847	Mercabasto	
	18	Darwin Bolaño	1065568410	1	5	4	4	1	3044542638	Mercabastos	
	19	Jose Gabriel Imbeth	1.003.383543	1	4	4	4		3215906968	Mercabastos	
	20	Diomedez Quintana	1067605520	1	4	4	4		3013560385	Mercabastos	

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PIC

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

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

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

NOMBRE DEL EVENTO: Ejecutar 100 orientaciones de información en salud sobre inocuidad alimentaria, en las zonas de galerías, plazas de mercado y pabellon del pescado, además inducir a los trabajadores informales para la inscripción sanitaria del establecimiento.

RESPONSABLE: Dimension Seguridad alimentaria y nutricional PIC-HEAD. FECHA: 10 octubre 2024

LUGAR: Mercabastos · (2 orientaciones)

	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	1	Yeiders Clavijo	1063590841	1	4	4	1	1	3174117	Mercabastos	
	2	Santiago	8547248	1	5	4	4	1	318 6047		
	3	Luis Angelis M.	24 7 3119	2	5	4	3		300 24	mercabastos.	Luis Angelis
	4	Zoraida Ayes	1065596682	2	5.	2	1	1	-	mercabastos.	Zoraida Ayes
	5	Luis Miguel Toro	1065646875	1	4	4	4		3242006241	Mercabastos	Luis Toro
2	6	Andres Camilo Cabas B.	1065632440	1	4	4	4		3015844491	Mercabastos	Camilo
	7	Daniel Ruiz Ortiz	1129105771	1	5	4	4	1	3043359657	Mercabastos	Daniel Ruiz
	8	Dagoberto	1065	1	4	4	4		3242006241	mercabastos	
	9	Yira Acuña	1065 775658	2	5	4	4		3116851342	Mercabastos	Yira Acuña.
	10	Camilo Andres Castillo R.	1065825349	1	4	4	4		3	Mercabastos.	Camilo Andres
3	11	Javier Pitre	13.617 799	1	5	4	3	1	3176892177	Mercabastos	
	12	Yaidys Doria	1065634637	2	5	4	4	1	3146451256	Mercabastos	
	13	Heider Doria	1065639268	1	4	4	4		3206101474	Mercabastos	
	14	Sinel Camargo Posada	1065636321	2	5	4.	4.	1.	3022981592	Mercabastos.	
4	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.

¿QUÉ ES LA INOCUIDAD ALIMENTARIA?

La inocuidad alimentaria se refiere a asegurar que los alimentos sean seguros para el consumo, previniendo enfermedades y contaminación. Esto se logra mediante la aplicación de buenas prácticas en la producción, manipulación y venta de alimentos.

BUENAS PRÁCTICAS PARA UN MANEJO SEGURO DE ALIMENTOS

1. **Prácticas Agrícolas**: Mantén los cultivos limpios y libres de contaminantes. Usa métodos adecuados de riego y cosecha para evitar la contaminación.

2. **Prácticas de Fabricación**: Asegúrate de que los procesos de preparación y transformación cumplan con normas de higiene para evitar la contaminación cruzada.

3. **Higiene Personal**: Lava tus manos con frecuencia y usa equipo de protección adecuado (guantes, tapaboca, gorros, delantales, etc.) para prevenir la transferencia de gérmenes a los alimentos.

4. **Manipulación Segura**: Almacena los alimentos a las temperaturas adecuadas y evita el contacto de alimentos crudos con alimentos cocidos.

INFÓRMATE CON LA RESOLUCIÓN 2674 DE 2013



SISTEMA DE ANÁLISIS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL (HACCP)

El HACCP es un sistema que te ayuda a identificar y controlar los puntos críticos en el proceso de producción y manipulación de alimentos. Implementarlo puede ayudarte a:

- **Prevenir Contaminaciones:** Identifica riesgos potenciales y establece medidas de control.
- **Mejorar la Calidad:** Asegura que los alimentos se mantengan en condiciones óptimas.

INSCRIPCIÓN SANITARIA Y FORMALIZACIÓN



Para asegurar que tu establecimiento cumple con las normativas sanitarias y operativas, es esencial:



- **Inscripción Sanitaria:** Registra tu negocio ante las autoridades sanitarias. Esto garantiza que tu establecimiento cumple con los requisitos de salud y seguridad.



- **Formalización ante la Cámara de Comercio:** Inscribe tu negocio en la Cámara de Comercio para operar legalmente y acceder a beneficios adicionales.

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - ATENCION PRIMARIA EN SALUD 2024

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NUMERO 423-SGR de 2024

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

FECHA DE EJECUCION: DE 1 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2024

					ACTIVIDADES EJECUTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCIÓN		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
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Realizar 28 orientaciones para el desarrollo de la estrategia cuatro por cuatro en la promoción de alimentación saludable, educación en actividad física, prevención del consumo de alcohol y tabaco con fin de contribuir con la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en las Instituciones Educativas programadas del municipio de Valledupar.	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 28.000.000	28	11	$ 11.000.000	39%	11	$ 11.000.000	15	$ 15.000.000	54%	13	$ 13.000.000	46%
TOTAL									$ 11.000.000						

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

NANCY TAMAYO MORÓN
Subdirectora científica
Supervisor Pic 2024

Proyectó:
BELKIS CORDOBA QUINTERO
Profesional - Apoyo coord. PIC 2024

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES

(28) ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA CUATRO POR CUATRO EN LA PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EDUCACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA, PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO CON FIN DE CONTRIBUIR CON LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROGRAMADAS DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR.

ELABORADO POR:
AREA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES

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 Secretaria Local de Salud, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en el área **vida saludable y condiciones no transmisibles** tiene previsto el desarrollo de varias actividades que buscan favorecer el estilo de vida saludable en el entorno educativo secundaria (6-7-8 grado) de la ciudad mediante la estrategia" CUIDA TU CUERPO.

Estas intervenciones son de gran importancia para Mantener el promedio de la tasa de mortalidad por enfermedades hipertensivas por cada 100.000 habitantes (últimos 10 años) y 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 en las instituciones educativas del municipio.

2. OBJETIVOS

Contribuir al mejoramiento del entorno educativo para favorecer el estilo de vida saludable, mediante la implementación de estrategias lúdicas con el fin de hacer el aprendizaje más dinámico y participativo mediante la dinámica "corre para ganar".

3. METODOLOGIA

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

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

Fomentar comportamientos saludables en la comunidad estudiantil mediante la implementación de orientaciones educativas y de concientización que promuevan la actividad física, la alimentación saludable, balanceada y el manejo del estrés, con el objetivo de reducir la incidencia de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida.

5. EJECUCION

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

REALIZAR (28) ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA CUATRO POR CUATRO EN LA PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EDUCACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA, PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO CON FIN DE CONTRIBUIR CON LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROGRAMADAS DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR.

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

Orientación 1. ESTRATEGIA "CUIDA TU CUERPO", "ENTORNO INTITUCIONAL GRADOS SEXTOS, SEPTIMO Y OCTAVO". Concertación con las cuatro (4) instituciones educativas de la comuna 5, para intervenir mediante Orientaciones en salud de acuerdo a la guía para la implementación de la estrategia de CUATRO POR CUATRO.

Para la ejecución de las actividades se escogieron las siguientes instituciones educativas:

1. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASD SIMON BOLIVAR**
2. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA VILLACORELCA**
3. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICO UPAR**
4. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUARDO SUAREZ ORCASITAS**
5. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA BELLO HORIZONTE**
6. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CESAR POMPEYO**
7. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CONSUELO ARAUJO NOGUERA**

Como paso inicial se envió oficio y se realizó concertación con coordinadores y rectores de cada una de las instituciones educativas a intervenir, de manera individual, donde se definió el cronograma a seguir para la ejecución de las orientaciones.

El objetivo central de las orientaciones fue contribuir al mejoramiento del entorno educativo para favorecer el estilo de vida saludable, para lograr esto se emplearon estrategias lúdicas que hicieron el aprendizaje más dinámico y participativo mediante la dinámica *"corre para ganar"*.

Para la ejecución de esta estrategia en el mes de octubre se desarrolló la primera orientación en siete (7) Instituciones Educativas (IE) concertadas, una orientación, teniendo en cuenta que la ficha contempla la realización de dos (2) orientaciones por institución educativa, dos (2) a un grado sexto, dos (2) a un grado de séptimo y dos (2) a un grado octavo, donde se socializarán los temas a tratar de manera pedagógica, dinámica y acorde al ciclo de vida, de acuerdo con la guía para la implementación de la estrategia cuatro por cuatro.

Cada orientación tuvo una duración de 2 a 3 horas. Las siete orientaciones fueron realizadas en las siguientes fechas así:

Primea orientación:

1. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CASD SIMON BOLIVAR:** 2 de octubre de 2024
2. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA VILLACORELCA:** 3 de octubre de 2024
3. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICO UPAR:** 3 Y 4 de octubre de 2024
4. **INS INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUARDO SUAREZ ORCASITAS** 22 de octubre de 2024
5. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA BELLO HORIZONTE:** 23 de octubre de 2024
6. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CESAR POMPEYO:** 24 de octubre de 2024
7. **INSTITUCIÓN EDUCATIVA CONSUELO ARAUJO NOGUERA:** 30 de octubre de 2024

-falta técnico de Esperanza -Leidina Salud Pal -1ER.G

En cada orientación se informó sobre un tema específico de la guía, para lo cual se estableció la siguiente metodología de intervención para cada una de ellas según la siguiente descripción:
Para realizar las actividades se llevó a cabo la organización de la logística, se contó con espacio disponible en cada institución, adecuado para realizar la educación.

se realizaron preguntas pre test antes de presentar las temáticas y así mismo un pos test con el objetivo evaluar los conocimientos adquiridos sobre los temas desarrollados.

Los temas abordados fueron los siguientes:

1. **Alimentación saludable** (Aumento en el consumo de frutas y verdura consumo de fibras, consumo granos integrales, alimentación no saludable, Importancia del reconocimiento de alimentos procesados y ultra procesados por el alto contenido grasas, azucares y sodio y su relación con las enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiometabólicas y cerebrovasculares y la

lectura del etiquetado nutricional de alimentos para favorecer una adecuada selección de alimentos saludables.
Características de las bebidas energizantes y azucaradas y su relación con las enfermedades cardiometabólicas y cerebrovasculares).

2. Importancia de la promoción de la actividad física y la movilidad activa y el sedentarismo o inactividad física, obesidad, sobrepeso, estrés psicosocial. Entender el concepto de peso saludable y estrategias para reconocimiento y mantenimiento del mismo.
Conocer el tiempo recomendado y beneficios de actividad física para cada momento del curso de vida para mantener una vida activa y saludable.

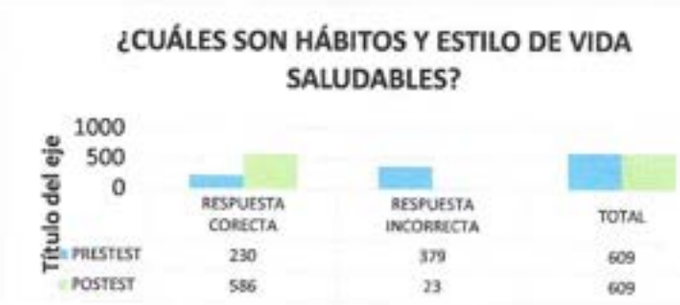
Se diligencio el listado de asistencia de los participantes y se obtuvo registros fotográficos de la educación.

Se utilizaron diversos recursos didácticos para apoyar la actividad, tales como:

Presentación de las temáticas en diapositivas, pendón araña para visibilizar la actividad, entrega de premios como incentivo por la participación de los estudiantes. Las orientaciones se realizaron de acuerdo a lo descrito en la planeación metodológica, estas orientaciones fueron efectivas en informar y fortalecer en la población educativa el conocimiento sobre el promover el autocuidado y la importancia de los hábitos para alcanzar un estilo de vida saludable.

RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCION EDUCATIVA CASD SIMON BOLIVAR

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,230 contestaron correctamente en el prestet y 586 en el poste, podemos observar que mejoro favorablemente mediante la intervención realizada, teniendo en cuenta que la respuesta a la pregunta es la (a) Alimentación adecuada (No consumo de sal, azucares y conservantes), Actividad física, no consumo de alcohol, no al consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas y 379 contestaron incorrectamente en el prestet y 23 en el postets.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta n° 2, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 207 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 511. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 402 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 98 en el postest. Teniendo en cuenta que la respuesta a esta pregunta era la (a) Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes. Esto evidencia una notable disminución en las respuestas incorrectas. Estos resultados destacan la efectividad de la intervención en el proceso de aprendizaje.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención relacionada con los beneficios de una alimentación saludable. Inicialmente, 249 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 570.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo: 360 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 39 en el postest.
Estos datos evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los beneficios de una alimentación saludable.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta n° 4, que aborda los grupos de alimentos que integran una alimentación saludable acepto, se pueden observar los siguientes resultados:
En el pretest, 199 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 583. En el pretest, 410 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 26 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era la opción c) "Grasas saturadas, azúcares y conservantes". Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los alimentos que deben evitarse para mantener una alimentación saludable.

PREGUNTA N°5



En la pregunta n° 5, dirigida a los estudiantes sobre el impacto de las bebidas azucaradas, comidas rápidas, dulces, helados y papas de bolsa en nuestro cuerpo, se obtuvieron los siguientes resultados:
En el pretest, solo 201 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 569.
En cuanto a las respuestas incorrectas, 408 participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 40 en el postest.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", dado que las opciones (a) y (b) incluían afirmaciones sobre el aporte del consumo de estos alimentos, que resulta perjudicial para la salud.

Estos datos evidencian un aprendizaje significativo y una comprensión más profunda del impacto que tienen estos alimentos y bebidas en nuestro organismo.

PREGUNTA N°6



Al observar la gráfica, se puede apreciar que el número de respuestas correctas en el pretest fue de 109 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 578 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 500, cifra que se redujo significativamente a 31 tras la orientación brindada. Esto evidencia un impacto positivo en la educación impartida.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", ya que en las opciones (a) y (b) se incluían definiciones de actividad física.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta n° 7, que aborda los beneficios de realizar actividad física, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, 212 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 529.

Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 397 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 80 en el postest tras la intervención educativa.

Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción a), que incluye los siguientes beneficios: control del peso, fortalecimiento de huesos y articulaciones, mejora de la calidad del sueño, y reducción del estrés y la ansiedad. Estos resultados evidencian la efectividad de la educación impartida en la promoción de hábitos de vida saludable.

PREGUNTA N°8



En esta gráfica se presentan los datos correspondientes a la pregunta n° 8 sobre la cantidad de minutos de actividad física recomendados para realizar en una semana. En el pretest, 186 estudiantes

respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 530, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 423 estudiantes cometieron errores en el pretest, lo que refleja un bajo nivel de conocimiento sobre el tema. Sin embargo, este número se redujo considerablemente a 79 en el postest, evidenciando así el logro de los objetivos propuestos.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción c), que establece que las opciones a) y b) son correctas.

PREGUNTA N°9



En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 199 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 546 en el postest. Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (b): "El sedentarismo es la falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas." En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 410 estudiantes cometieron errores, número que se redujo significativamente a 63 en el postest. Estos resultados reflejan una mejora considerable en la comprensión del concepto de sedentarismo.

PREGUNTA N°10



Al analizar la gráfica correspondiente a la pregunta n° 10, que examina los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física, se observa que 162 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 586 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 447participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 23 en el postest. Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención educativa en la comprensión de los riesgos relacionados con la inactividad física. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", que incluye los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física mencionados en las opciones (a) y (b).

RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCATIVA VILLACORELCA

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,39 contestaron correctamente en el prestet y 253 en el postest, podemos observar que mejoro favorablemente mediante la intervención realizada, teniendo en cuenta que la respuesta a la pregunta es la (a) Alimentación adecuada (No consumo de sal, azucares y conservantes), Actividad física, no consumo de alcohol, no al consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas y 229 contestaron incorrectamente en el prestet y 15 en el postets.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta N° 2, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 60 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 259. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 208 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 9 en el postest. Teniendo en cuenta que la respuesta a esta pregunta era la (a) Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes. Esto evidencia una notable disminución en las respuestas incorrectas. Estos resultados destacan la efectividad de la intervención en el proceso de aprendizaje.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención relacionada con los beneficios de una alimentación saludable. Inicialmente, 22 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 255.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo: 246 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 13 en el postest.

Estos datos evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los beneficios de una alimentación saludable.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta n° 4, que aborda los grupos de alimentos que integran una alimentación saludable acepto, se pueden observar los siguientes resultados:
En el pretest, 19 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 262. En el pretest, 249 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 6 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era la opción c) "Grasas saturadas, azúcares y conservantes". Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los alimentos que deben evitarse para mantener una alimentación saludable.

PREGUNTA N°5



En la pregunta n° 5, dirigida a los estudiantes sobre el impacto de las bebidas azucaradas, comidas rápidas, dulces, helados y papas de bolsa en nuestro cuerpo, se obtuvieron los siguientes resultados:
En el pretest, solo 21 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 257.
En cuanto a las respuestas incorrectas, 247 participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 11 en el postest.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", dado que las opciones (a) y (b) incluían afirmaciones sobre el aporte del consumo de estos alimentos, que resulta perjudicial para la salud.
Estos datos evidencian un aprendizaje significativo y una comprensión más profunda del impacto que tienen estos alimentos y bebidas en nuestro organismo.

PREGUNTA N°6



Al observar la gráfica, se puede apreciar que el número de respuestas correctas en el pretest fue de 21 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 257 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 247, cifra que se redujo significativamente a 11 tras la orientación brindada. Esto evidencia un impacto positivo en la educación impartida.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", ya que en las opciones (a) y (b) se incluían definiciones de actividad física.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta n° 7, que aborda los beneficios de realizar actividad física, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, 38 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 259.

Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 230 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 9 en el postest tras la intervención educativa.

Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción a), que incluye los siguientes beneficios: control del peso, fortalecimiento de huesos y articulaciones, mejora de la calidad del sueño, y reducción del estrés y la ansiedad. Estos resultados evidencian la efectividad de la educación impartida en la promoción de hábitos de vida saludable.

PREGUNTA N°8



En esta gráfica se presentan los datos correspondientes a la pregunta n° 8 sobre la cantidad de minutos de actividad física recomendados para realizar en una semana. En el pretest, 27 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 252, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 241 estudiantes cometieron errores en el pretest, lo que refleja un bajo nivel de conocimiento sobre el tema. Sin embargo, este número se redujo considerablemente a 16 en el postest, evidenciando así el logro de los objetivos propuestos.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción c), que establece que las opciones a) y b) son correctas.

PREGUNTA N°9



En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 30 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 16 en el postest. Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (b): "El sedentarismo es la falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o

acostadas." En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 238 estudiantes cometieron errores, número que se redujo significativamente a 15 en el postest. Estos resultados reflejan una mejora considerable en la comprensión del concepto de sedentarismo.

PREGUNTA N°10



Al analizar la gráfica correspondiente a la pregunta n° 10, que examina los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física, se observa que 18 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 261 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 250 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 7 en el postest. Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención educativa en la comprensión de los riesgos relacionados con la inactividad física. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", que incluye los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física mencionados en las opciones (a) y (b).

RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICO UPAR

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,39 contestaron correctamente en el prestet y 180 en el postest, podemos observar que mejoro favorablemente mediante la intervención realizada, teniendo en cuenta que la respuesta a la pregunta es la (a) Alimentación adecuada (No consumo de sal, azucares y conservantes), Actividad física, no consumo de alcohol, no al consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas y 180 contestaron incorrectamente en el prestet y11 en el postets.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta N° 2, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 60 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 210. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 159 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este

número se redujo a solo 9 en el postest. Teniendo en cuenta que la respuesta a esta pregunta era la (a) Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes. Esto evidencia una notable disminución en las respuestas incorrectas. Estos resultados destacan la efectividad de la intervención en el proceso de aprendizaje

PREGUNTA N°3



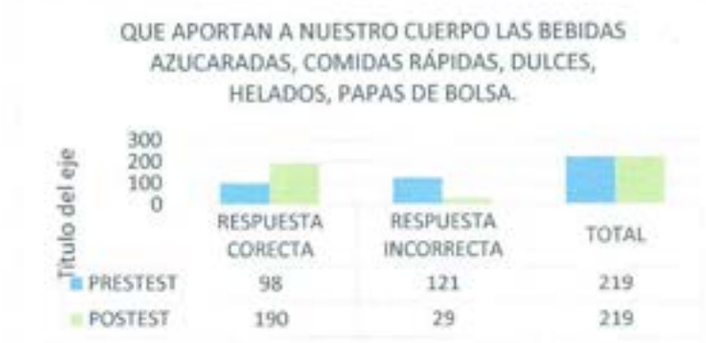
En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención relacionada con los beneficios de una alimentación saludable. Inicialmente, 41 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 200.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo: 178 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 19 en el postest.
Estos datos evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los beneficios de una alimentación saludable.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, que aborda los grupos de alimentos que integran una alimentación saludable acepto, se pueden observar los siguientes resultados:
En el pretest, 22 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 206. En el pretest, 197 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 13 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era la opción c) "Grasas saturadas, azúcares y conservantes". Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los alimentos que deben evitarse para mantener una alimentación saludable.

PREGUNTA N°5



En la pregunta n° 5, dirigida a los estudiantes sobre el impacto de las bebidas azucaradas, comidas rápidas, dulces, helados y papas de bolsa en nuestro cuerpo, se obtuvieron los siguientes resultados:
En el pretest, solo 98 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 190

En cuanto a las respuestas incorrectas, 121 participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 29 en el postest.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", dado que las opciones (a) y (b) incluían afirmaciones sobre el aporte del consumo de estos alimentos, que resulta perjudicial para la salud.
Estos datos evidencian un aprendizaje significativo y una comprensión más profunda del impacto que tienen estos alimentos y bebidas en nuestro organismo.

PREGUNTA N°6



Al observar la gráfica, se puede apreciar que el número de respuestas correctas en el pretest fue de 68 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 199 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 151, cifra que se redujo significativamente a 20 tras la orientación brindada. Esto evidencia un impacto positivo en la educación impartida.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", ya que en las opciones (a) y (b) se incluían definiciones de actividad física.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta n° 7, que aborda los beneficios de realizar actividad física, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, 82 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 203.
Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 137 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 16 en el postest tras la intervención educativa.
Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción a), que incluye los siguientes beneficios: control del peso, fortalecimiento de huesos y articulaciones, mejora de la calidad del sueño, y reducción del estrés y la ansiedad. Estos resultados evidencian la efectividad de la educación impartida en la promoción de hábitos de vida saludable.

PREGUNTA N°8



En esta gráfica se presentan los datos correspondientes a la pregunta n° 8 sobre la cantidad de minutos de actividad física recomendados para realizar en una semana. En el pretest, 41 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 195, lo que indica una mejora notable tras la intervención.
En cuanto a las respuestas incorrectas, 178 estudiantes cometieron errores en el pretest, lo que refleja un bajo nivel de conocimiento sobre el tema. Sin embargo, este número se redujo considerablemente a 24 en el postest, evidenciando así el logro de los objetivos propuestos. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción c), que establece que las opciones a) y b) son correctas.

PREGUNTA N°9



En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 28 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 201 en el postest. Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (b): "El sedentarismo es la falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas." En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 191 estudiantes cometieron errores, número que se redujo significativamente a 18 en el postest. Estos resultados reflejan una mejora considerable en la comprensión del concepto de sedentarismo.

PREGUNTA N°10



Al analizar la gráfica correspondiente a la pregunta n° 10, que examina los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física, se observa que 32 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 207 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 187 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 12 en el postest. Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención educativa en la comprensión de los riesgos relacionados con la inactividad física. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", que incluye los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física mencionados en las opciones (a) y (b).

RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUARDO SUAREZ ORCASITAS

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,98 contestaron correctamente en el prestet y 305 en el postest, podemos observar que mejoro favorablemente mediante la intervención realizada, teniendo en cuenta que la respuesta a la pregunta es la (a) Alimentación adecuada (No consumo de sal, azucares y conservantes), Actividad física, no consumo de alcohol, no al consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas y 227 contestaron incorrectamente en el prestet y 20 en el postets.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta n° 2, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 47 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 297. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 279 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 28 en el postest. Teniendo en cuenta que la respuesta a esta pregunta era la (a) Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes. Esto evidencia una notable disminución en las respuestas incorrectas. Estos resultados destacan la efectividad de la intervención en el proceso de aprendizaje.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención relacionada con los beneficios de una alimentación saludable. Inicialmente, 56 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 307.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo: 269 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 18 en el postest.
Estos datos evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los beneficios de una alimentación saludable.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, que aborda los grupos de alimentos que integran una alimentación saludable acepto, se pueden observar los siguientes resultados:
En el pretest, 66 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 303. En el pretest, 259 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 22 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era la opción c) "Grasas saturadas, azúcares y conservantes". Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los alimentos que deben evitarse para mantener una alimentación saludable.

PREGUNTA N°5



En la pregunta N° 5, dirigida a los estudiantes sobre el impacto de las bebidas azucaradas, comidas rápidas, dulces, helados y papas de bolsa en nuestro cuerpo, se obtuvieron los siguientes resultados:
En el pretest, solo 81 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 299.
En cuanto a las respuestas incorrectas, 244 participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 26 en el postest.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", dado que las opciones (a) y (b) incluían afirmaciones sobre el aporte del consumo de estos alimentos, que resulta perjudicial para la salud. Estos datos evidencian un aprendizaje significativo y una comprensión más profunda del impacto que tienen estos alimentos y bebidas en nuestro organismo.

PREGUNTA N°6



Al observar la gráfica, se puede apreciar que el número de respuestas correctas en el pretest fue de 101 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 312 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 224 cifra que se redujo significativamente a 13 tras la orientación brindada. Esto evidencia un impacto positivo en la educación impartida.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", ya que en las opciones (a) y (b) se incluían definiciones de actividad física.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta n° 7, que aborda los beneficios de realizar actividad física, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, 63 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 318. Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 262 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 7 en el postest tras la intervención educativa.

Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción a), que incluye los siguientes beneficios: control del peso, fortalecimiento de huesos y articulaciones, mejora de la calidad del sueño, y reducción del estrés y la ansiedad. Estos resultados evidencian la efectividad de la educación impartida en la promoción de hábitos de vida saludable.

PREGUNTA N°8



En esta gráfica se presentan los datos correspondientes a la pregunta N° 8 sobre la cantidad de minutos de actividad física recomendados para realizar en una semana. En el pretest, 93 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 303, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 232 estudiantes cometieron errores en el pretest, lo que refleja un bajo nivel de conocimiento sobre el tema. Sin embargo, este número se redujo considerablemente a 22 en el postest, evidenciando así el logro de los objetivos propuestos. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción c), que establece que las opciones a) y b) son correctas.

PREGUNTA N°9



En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 194 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 304 en el postest. Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (b): "El sedentarismo es la falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas." En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 131 estudiantes

cometieron errores, número que se redujo significativamente a 31 en el postest. Estos resultados reflejan una mejora considerable en la comprensión del concepto de sedentarismo.

PREGUNTA N°10



Al analizar la gráfica correspondiente a la pregunta n° 10, que examina los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física, se observa que 98 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 306 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 227participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 19 en el postest. Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención educativa en la comprensión de los riesgos relacionados con la inactividad física.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", que incluye los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física mencionados en las opciones (a) y (b).

RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCATIVA BELLO HORIZONTE

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,89 contestaron correctamente en el prestet y 411 en el postest, podemos observar que mejoro favorablemente mediante la intervención realizada, teniendo en cuenta que la respuesta a la pregunta es la (a) Alimentación adecuada (No consumo de sal, azucares y conservantes), Actividad física, no consumo de alcohol, no al consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas y 343 contestaron incorrectamente en el prestet y 21 en el postets.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta N° 2, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 102 estudiantes respondieron correctamente,

mientras que, en el postest, este número aumentó a 399. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 330 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo33 en el postest. Teniendo en cuenta que la respuesta a esta pregunta era la (a) Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes. Esto evidencia una notable disminución en las respuestas incorrectas. Estos resultados destacan la efectividad de la intervención en el proceso de aprendizaje.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención relacionada con los beneficios de una alimentación saludable. Inicialmente, 98 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 404.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo:334 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 28 en el postest.
Estos datos evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los beneficios de una alimentación saludable.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, que aborda los grupos de alimentos que integran una alimentación saludable acepto, se pueden observar los siguientes resultados:
En el pretest, 69 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 421. En el pretest, 363 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 11 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era la opción c) "Grasas saturadas, azúcares y conservantes". Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los alimentos que deben evitarse para mantener una alimentación saludable.

PREGUNTA N°5



En la pregunta N° 5, dirigida a los estudiantes sobre el impacto de las bebidas azucaradas, comidas rápidas, dulces, helados y papas de bolsa en nuestro cuerpo, se obtuvieron los siguientes resultados:

En el pretest, solo 103 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 411.
En cuanto a las respuestas incorrectas, 329 participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 21 en el postest.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", dado que las opciones (a) y (b) incluían afirmaciones sobre el aporte del consumo de estos alimentos, que resulta perjudicial para la salud. Estos datos evidencian un aprendizaje significativo y una comprensión más profunda del impacto que tienen estos alimentos y bebidas en nuestro organismo.

PREGUNTA N°6



Al observar la gráfica, se puede apreciar que el número de respuestas correctas en el pretest fue de 110 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 410 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 322, cifra que se redujo significativamente a 22 tras la orientación brindada. Esto evidencia un impacto positivo en la educación impartida. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", ya que en las opciones (a) y (b) se incluían definiciones de actividad física.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta N° 7, que aborda los beneficios de realizar actividad física, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, 106 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 416.
Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 326 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 16 en el postest tras la intervención educativa.
Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción a), que incluye los siguientes beneficios: control del peso, fortalecimiento de huesos y articulaciones, mejora de la calidad del sueño, y reducción del estrés y la ansiedad. Estos resultados evidencian la efectividad de la educación impartida en la promoción de hábitos de vida saludable.

PREGUNTA N°8



En esta gráfica se presentan los datos correspondientes a la pregunta N° 8 sobre la cantidad de minutos de actividad física recomendados para realizar en una semana. En el pretest, 125 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 412, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 307 estudiantes cometieron errores en el pretest, lo que refleja un bajo nivel de conocimiento sobre el tema. Sin embargo, este número se redujo considerablemente a 20 en el postest, evidenciando así el logro de los objetivos propuestos. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción c), que establece que las opciones a) y b) son correctas.

PREGUNTA N°9



En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 103 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 423 en el postest. Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (b): "El sedentarismo es la falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas." En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 329 estudiantes cometieron errores, número que se redujo significativamente a 9 en el postest. Estos resultados reflejan una mejora considerable en la comprensión del concepto de sedentarismo.

PREGUNTA N°10



Al analizar la gráfica correspondiente a la pregunta N° 10, que examina los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física, se observa que 134 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 418 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 298 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 14 en el postest. Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención educativa en la comprensión de los riesgos relacionados con la inactividad física. La respuesta

correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", que incluye los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física mencionados en las opciones (a) y (b).

RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCATIVA CESAR POMPEYO 6

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,96 contestaron correctamente en el prestet y 327 en el postest, podemos observar que mejoro favorablemente mediante la intervención realizada, teniendo en cuenta que la respuesta a la pregunta es la (a) Alimentación adecuada (No consumo de sal, azucares y conservantes), Actividad física, no consumo de alcohol, no al consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas y 262 contestaron incorrectamente en el prestet y 31 en el postets.

PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta N° 2, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 104 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 338. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 254 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 20 en el postest. Teniendo en cuenta que la respuesta a esta pregunta era la (a) Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes. Esto evidencia una notable disminución en las respuestas incorrectas. Estos resultados destacan la efectividad de la intervención en el proceso de aprendizaje.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención relacionada con los beneficios de una alimentación saludable. Inicialmente, 68 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 348.

Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo: 290 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 10 en el postest. Estos datos evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los beneficios de una alimentación saludable.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, que aborda los grupos de alimentos que integran una alimentación saludable acepto, se pueden observar los siguientes resultados:
En el pretest, 77 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 349. En el pretest, 281 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 9 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era la opción c) "Grasas saturadas, azúcares y conservantes". Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los alimentos que deben evitarse para mantener una alimentación saludable.

PREGUNTA N°5



En la pregunta N° 5, dirigida a los estudiantes sobre el impacto de las bebidas azucaradas, comidas rápidas, dulces, helados y papas de bolsa en nuestro cuerpo, se obtuvieron los siguientes resultados:
En el pretest, solo 108 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 343.
En cuanto a las respuestas incorrectas, 250 participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 15 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", dado que las opciones (a) y (b) incluían afirmaciones sobre el aporte del consumo de estos alimentos, que resulta perjudicial para la salud.
Estos datos evidencian un aprendizaje significativo y una comprensión más profunda del impacto que tienen estos alimentos y bebidas en nuestro organismo.

PREGUNTA N°6



Al observar la gráfica, se puede apreciar que el número de respuestas correctas en el pretest fue de 94 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 335 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 264, cifra que se redujo significativamente a 23 tras la orientación brindada. Esto evidencia un impacto positivo en la educación impartida.

La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", ya que en las opciones (a) y (b) se incluían definiciones de actividad física.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta N° 7, que aborda los beneficios de realizar actividad física, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, 120 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 350.

Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 238 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 88 en el postest tras la intervención educativa. Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción a), que incluye los siguientes beneficios: control del peso, fortalecimiento de huesos y articulaciones, mejora de la calidad del sueño, y reducción del estrés y la ansiedad. Estos resultados evidencian la efectividad de la educación impartida en la promoción de hábitos de vida saludable.

PREGUNTA N°8



En esta gráfica se presentan los datos correspondientes a la pregunta N° 8 sobre la cantidad de minutos de actividad física recomendados para realizar en una semana. En el pretest, 90 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 342, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 268 estudiantes cometieron errores en el pretest, lo que refleja un bajo nivel de conocimiento sobre el tema. Sin embargo, este número se redujo considerablemente a 16 en el postest, evidenciando así el logro de los objetivos propuestos. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción c), que establece que las opciones a) y b) son correctas.

PREGUNTA N°9



En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 87 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 339 en el postest.

Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (b): "El sedentarismo es la falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas." En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 271 estudiantes cometieron errores, número que se redujo significativamente a 19 en el postest. Estos resultados reflejan una mejora considerable en la comprensión del concepto de sedentarismo.

PREGUNTA N°10



Al analizar la gráfica correspondiente a la pregunta N° 10, que examina los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física, se observa que 112 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 345 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 246 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 13 en el postest. Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención educativa en la comprensión de los riesgos relacionados con la inactividad física. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", que incluye los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física mencionados en las opciones (a) y (b).

RESULTADOS PRETEST Y POSTEST INSTITUCIÓN EDUCATIVA CONSUELO ARAUJO NOGUERA:

PREGUNTA N°1



La pregunta numero 1 hace referencia a cuáles son los hábitos y estilos de vida saludables,138 contestaron correctamente en el prestet y 418 en el postest, podemos observar que mejoro favorablemente mediante la intervención realizada, teniendo en cuenta que la respuesta a la pregunta es la (a) Alimentación adecuada (No consumo de sal, azucares y conservantes), Actividad física, no consumo de alcohol, no al consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas y 310 contestaron incorrectamente en el prestet y 30 en el postets.

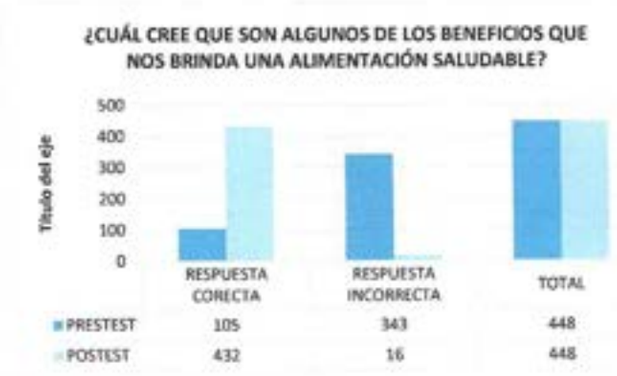
PREGUNTA N°2



En relación con la pregunta N° 2, los resultados muestran un cambio significativo en el aprendizaje de los estudiantes. En el pretest, 216 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el

postest, este número aumentó a 424. Además, en cuanto a las respuestas incorrectas, 232 estudiantes cometieron errores en sus respuestas en el pretest, pero este número se redujo a solo 24 en el postest. Teniendo en cuenta que la respuesta a esta pregunta era la (a) Mejora de la salud física previniendo enfermedades como la hipertensión, diabetes. Esto evidencia una notable disminución en las respuestas incorrectas. Estos resultados destacan la efectividad de la intervención en el proceso de aprendizaje.

PREGUNTA N°3



En esta gráfica se presentan los resultados de la intervención relacionada con los beneficios de una alimentación saludable. Inicialmente, 105 participantes respondieron correctamente en el pretest, mientras que, en el postest, este número aumentó a 432.
Por otro lado, las respuestas incorrectas también reflejan un cambio positivo: 343 participantes cometieron errores en el pretest, pero este número se redujo a solo 16 en el postest.
Estos datos evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los beneficios de una alimentación saludable.

PREGUNTA N°4



En la gráfica relacionada con la pregunta N° 4, que aborda los grupos de alimentos que integran una alimentación saludable acepto, se pueden observar los siguientes resultados:
En el pretest, 96 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número se elevó a 425. En el pretest, 352 participantes dieron respuestas incorrectas, cifra que disminuyó notablemente a solo 23 en el postest. Es relevante mencionar que la respuesta correcta era la opción c) "Grasas saturadas, azúcares y conservantes". Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención en la comprensión de los alimentos que deben evitarse para mantener una alimentación saludable.

PREGUNTA N°5



En la pregunta N° 5, dirigida a los estudiantes sobre el impacto de las bebidas azucaradas, comidas rápidas, dulces, helados y papas de bolsa en nuestro cuerpo, se obtuvieron los siguientes resultados:

En el pretest, solo 112 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó notablemente a 431.
En cuanto a las respuestas incorrectas, 336 participantes fallaron en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 17 en el postest. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", dado que las opciones (a) y (b) incluían afirmaciones sobre el aporte del consumo de estos alimentos, que resulta perjudicial para la salud. Estos datos evidencian un aprendizaje significativo y una comprensión más profunda del impacto que tienen estos alimentos y bebidas en nuestro organismo.

PREGUNTA N°6



Al observar la gráfica, se puede apreciar que el número de respuestas correctas en el pretest fue de 110 estudiantes, mientras que este número aumentó considerablemente a 433 en el postest. Por otro lado, las respuestas incorrectas en el pretest ascendieron a 338, cifra que se redujo significativamente a 15 tras la orientación brindada. Esto evidencia un impacto positivo en la educación impartida.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", ya que en las opciones (a) y (b) se incluían definiciones de actividad física.

PREGUNTA N°7



Los resultados presentados en la gráfica correspondiente a la pregunta N° 7, que aborda los beneficios de realizar actividad física, reflejan un cambio significativo en el conocimiento de los estudiantes. En el pretest, 98 participantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó a 420.
Asimismo, se observa una notable disminución en el número de respuestas incorrectas. En el pretest, 350 estudiantes cometieron errores, cifra que se redujo considerablemente a 28 en el postest tras la intervención educativa. Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción a), que incluye los siguientes beneficios: control del peso, fortalecimiento de huesos y articulaciones, mejora de la calidad del sueño, y reducción del estrés y la ansiedad. Estos resultados evidencian la efectividad de la educación impartida en la promoción de hábitos de vida saludable.

PREGUNTA N°8



En esta gráfica se presentan los datos correspondientes a la pregunta N° 8 sobre la cantidad de minutos de actividad física recomendados para realizar en una semana. En el pretest, 109 estudiantes respondieron correctamente, mientras que, en el postest, este número aumentó significativamente a 430, lo que indica una mejora notable tras la intervención.

En cuanto a las respuestas incorrectas, 339 estudiantes cometieron errores en el pretest, lo que refleja un bajo nivel de conocimiento sobre el tema. Sin embargo, este número se redujo considerablemente a 18 en el postest, evidenciando así el logro de los objetivos propuestos.
La respuesta correcta a esta pregunta es la opción c), que establece que las opciones a) y b) son correctas.

PREGUNTA N°9



En relación con la pregunta sobre qué es el sedentarismo, los resultados muestran que 130 estudiantes respondieron correctamente en el pretest, cifra que aumentó de manera notable a 438 en el postest. Es importante destacar que la respuesta correcta a esta pregunta es la opción (b): "El sedentarismo es la falta de actividad física regular y el paso prolongado de tiempo en posiciones sentadas o acostadas." En cuanto a las respuestas incorrectas, en el pretest, 318 estudiantes cometieron errores, número que se redujo significativamente a 10 en el postest. Estos resultados reflejan una mejora considerable en la comprensión del concepto de sedentarismo.

PREGUNTA N°10



Al analizar la gráfica correspondiente a la pregunta N° 10, que examina los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física, se observa que 108 estudiantes respondieron correctamente en el pretest. Este número aumentó notablemente a 440 en el postest, lo que indica un aprendizaje significativo entre los estudiantes como resultado de la orientación brindada. En cuanto a las respuestas incorrectas, 340 participantes cometieron errores en el pretest, cifra que se redujo drásticamente a solo 8 en el postest. Estos resultados evidencian la efectividad de la intervención educativa en la comprensión de los riesgos relacionados con la inactividad física. La respuesta correcta a esta pregunta es la opción (c) "Todas las anteriores", que incluye los riesgos para la salud asociados con la falta de actividad física mencionados en las opciones (a) y (b).

CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES



La gráfica muestra la distribución por género en diversas instituciones educativas durante el mes de octubre. En la primera orientación, realizada en el IE CASD Simón Bolívar, asistieron

340 personas del género femenino, 267 del género masculino y 2 de la comunidad LGTBIQ+. En el IE Villa Corelca, se registraron 146 asistentes femeninas y 122 masculinos. En el IE Eduardo Suárez Orcasitas, acudieron 184 mujeres y 141 hombres. Por otro lado, en el IE Bello Horizonte, participaron 241 mujeres y 191 hombres. En el IE César Pompeyo, asistieron 171 mujeres y 187 hombres, mientras que en el consuelo Araujo noguera asistieron 247 estudiantes del genero femenino y 201 del género masculino.

En total, las instituciones educativas registraron 1.321 asistentes del género femenino, 1.117 del género masculino y 2 de la comunidad LGTBIQ+. A partir de estos datos, se puede concluir que la mayoría de los asistentes son del género femenino.



	CASD SIMON BOLIVAR	VILLA CORELCA	EDUARDO SUAREZ ORCASITAS	BELLO HORIZONTE	CESAR POMPEYO	CONSUELO ARAUJO OGUERA	TOTAL POR MOMENTO DE VIDA
Primera Infancia - 0 a 5	0	0	0	0	0	0	0
Infancia - 6 a 11	0	0	0	0	0	0	0
Adolescencia - 12 a 17	609	268	325	432	358	448	2440
Juventud - 18 a 28	0	0	0	0	0	0	0
Adultez - 29 a 59	0	0	0	0	0	0	0
Vejes 60 años y mas	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	609	268	325	432	358	448	2440

Como se puede apreciar en la gráfica, el momento del curso de vida se focaliza en la adolescencia, abarcando las edades de 12 a 17 años. Es importante destacar que la ficha proporciona información clave sobre la población a la que deben dirigirse las orientaciones.



	VICTIMA	POBLACION LGTB	POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD	INDIGENA	ROOM	NEGRO,AFROCOLOMBIANO	POBLACION CON DISCAPACIDAD	OTROS	TOTAL
CASD SIMON BOLIVAR	0	0	0	0	0	0	0	609	609
VILLA CORELCA	0	0	0	0	0	0	0	268	268
EDUARDO SUAREZ ORCASITAS	0	0	0	0	0	0	0	325	325
BELLO HORIZONTE	0	0	0	0	0	0	0	432	432
CESAR POMPEYO	0	0	0	0	0	0	0	358	358
CONSUELO ARAUJO OGUERA	0	0	0	0	0	0	0	448	448

En relación con el enfoque diferencial, la siguiente gráfica muestra que todos los participantes fueron clasificados como "otros", lo que indica que no pertenecen a ninguna etnia especifica. Esto podría deberse a que algunos no comprendieron correctamente la pregunta que se encontraba en el listado de asistencia o no se dieron cuenta de la categoría correspondiente. Por lo tanto, nadie en la muestra.

CONCLUSIONES

Las orientaciones impartidas han demostrado ser efectivas en promover una mayor comprensión entre los estudiantes sobre la importancia de los hábitos saludables, especialmente en lo que respecta a la alimentación equilibrada y la actividad física regular. A través de estas intervenciones, los jóvenes no solo adquirieron conocimientos esenciales, sino que también mostraron un interés renovado en adoptar prácticas que favorecen su bienestar a largo plazo. Este impacto positivo resalta la necesidad

de continuar implementando programas educativos que refuercen y amplíen estos aprendizajes, asegurando que los estudiantes se conviertan en agentes activos en la mejora de su salud y la de su comunidad.

Sin más temas por tratar, se da por finalizada la sesión, agradeciendo la participación de todos los presentes y se establecen compromisos.

1.2. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Oficios de solicitud de apoyo
- Actas de concertación
- Actas de Ejecución de cada orientación
- Registro fotográfico y filmico.
- Planilla de asistencia
- Pre test
- postest
- Análisis de Pre test y postest
- Metodología de intervención de cada orientación
- Cronograma

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

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

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Kely Peña Vigoya Referente Dimensión vida saludable y condiciones no trasmisiblesl PIC 2024
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del. PIC 2024

ALCALDÍA DE
VALLEDUPAR
SALUD

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

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES SEGUNDA ORIENTACION

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES No. 2

(28) ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA CUATRO POR CUATRO EN LA PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EDUCACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA, PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO CON FIN DE CONTRIBUIR CON LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT) EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROGRAMADAS DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR.

ELABORADO POR:
AREA VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRASMISIBLES

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PERIODO DE EJECUCION:
DEL 1 AL 30 DE OCTUBRE DE 2024

PIC 2024